

# Regeringens proposition

## 2005/06:115

Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg  
om äldre

Prop.  
2005/06:115

---

Regeringen överlämnar denna proposition till riksdagen.

Harpsund den 16 mars 2006

*Göran Persson*

*Ylva Johansson*  
(Socialdepartementet)

### Propositionens huvudsakliga innehåll

I propositionen presenterar regeringen sin plan för de kommande tio årens utveckling av vården och omsorgen om äldre. Ett syfte med planen är att skapa en nationell uppslutning kring denna utveckling. Det är viktigt att kommuner, landsting och staten har en gemensam syn på utvecklingsbehoven. Nya initiativ och vissa stimulansmedel i vården och omsorgen om äldre är nödvändiga för att kommunerna och övriga delar av samhället skall kunna tillgodose behoven av vård och omsorg hos äldre kvinnor och män. Det blir än mer angeläget mot bakgrund av en allt större andel äldre i befolkningen. I syfte att stimulera en ambitionshöjning bedömer regeringen att det behövs förstärkta resurser till kommunerna samt till landstingen för att förbättra vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. Medlen skall bl.a. användas till rehabilitering, nutritionsarbete, läkemedelsgenomgångar och förstärkt läkarmedverkan.

I propositionen redovisar regeringen sin bedömning att hemsjukvården bör byggas ut och förstärkas och hur detta kan åstadkommas. Regeringen bedömer att huvudansvaret för hemsjukvården bör överföras till kommunerna. Regeringen avser att under hösten 2006 återkomma med lagförslag i denna del. Regeringens godkännande enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) skall inte längre krävas för att landstinget skall få överlåta ansvaret för hemsjukvård till kommunen.

Regeringen redovisar i propositionen sin avsikt att göra satsningar för att höja kvaliteten i demensvården och för att stimulera utvecklingen av en äldreomsorg anpassad för ett mångkulturellt samhälle.

I propositionen föreslås att det med god vård i hälso- och sjukvården skall förstås att den skall bedrivas så att den även tillgodoser patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården. Vidare föreslås att olika insatser för patienten samordnas på ett ändamålsenligt sätt.

Regeringen föreslår också att landstinget och kommunen skall samverka så att den som får hemsjukvård, i ordinärt eller i särskilt boende eller deltar i dagverksamhet, också får övrig vård och behandling, hjälpmedel och vissa förbrukningsartiklar som hans eller hennes tillstånd fordrar.

Regeringen föreslår vidare att det i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) införs bestämmelser om att landstinget och kommunen skall sluta avtal om läkarmedverkan vid hemsjukvård i särskilt boende samt i ordinärt boende när kommunen har ansvar för denna. Uppfyller inte landstinget sina skyldigheter enligt avtalet har kommunen rätt att anlita läkare och att få ersättning från landstinget för detta.

Regeringen lämnar även förslag till en ny lag om kommunal befogenhet att tillhandahålla servicetjänster åt äldre. Den skall möjliggöra för kommunerna att utan föregående individuell behovsprövning tillhandahålla tjänster som är avsedda att förebygga skador, olycksfall eller ohälsa, åt personer som fyllt 67 år.

I propositionen föreslås vidare ändringar i socialtjänstlagen (2001:453), som syftar till att stärka rättssäkerheten för personer som beviljats bistånd. Regeringen föreslår därvid en skyldighet för kommuner att rapportera ej verkställda gynnande beslut enligt socialtjänstlagen. Det är socialnämnden som, i egenskap av ytterst ansvarig för verkställigheten av besluten, skall stå för rapporteringen. Rapportering skall ske till länsstyrelsen, de kommunala revisorerna och fullmäktige. De kommunala revisorerna ges, genom en föreslagen ändring i kommunallagen (1991:900), vidgade möjligheter att granska ärenden som avser myndighetsutövning mot någon enskild, när granskningen gäller hur socialnämnderna verkställer egna gynnande beslut enligt socialtjänstlagen. Regeringen föreslår vidare att en sanktionsavgift skall införas som ett yttersta påtryckningsmedel för att gynnande beslut enligt socialtjänstlagen skall verkställas inom skäligen tid. Regeringen föreslår därutöver vissa ändringar i bestämmelserna om kommunalt domstolstrots i socialtjänstlagen, för att dessa i tillämpliga delar skall stämma överens med de föreslagna bestämmelserna om sanktionsavgift vid ej verkställda beslut.

Regeringen avser att verka för att öka de äldres möjligheter att ha ett ändamålsenligt boende högt upp i åldrarna. Enligt regeringens bedömning bör tillgängligheten till särskilt boende öka i vissa fall. Regeringen bedömer att det behövs stöd till nybyggnad av, ombyggnad av och ombyggnad till särskilda boendeformer för äldre. Stöd behövs även för nybyggnad och ombyggnad av lokaler i anslutning till särskilda boenden för att användas som t.ex. samlingslokaler för äldre. Regeringen avser att tillsätta en delegation för att följa och analysera behoven och utvecklingen av boendefrågor för äldre.

Enligt regeringens bedömning finns behov av en tydligare styrning av vården och omsorgen om äldre. Regeringen avser därför att tillsätta en utredning med uppgift att ta fram ett nationellt styrdokument för vård och omsorg om äldre. Regeringen avser också att utreda behovet av ett förtydligat regelverk för äldreomsorgen. Vidare avser regeringen att verka för ökad forskning och teknikutveckling inom vården och omsorgen om äldre.

Regeringen avser att genomföra en satsning för att stimulera insatser som syftar till att främja hälsa och till att förebygga sjukdomar och

olycksfall bland äldre. Regeringen redovisar även sin avsikt att ta initiativ till åtgärder för personalens utveckling, kompetensförsörjning och en god arbetsmiljö inom äldreomsorgen. Det handlar bland annat om yrkeskrav, system för erkännande och bevis på yrkeskompetens och yrkesbenämningar.

Vissa förslag i utvecklingsplanen förutsätter ökade anslag. Regeringen återkommer i 2006 års ekonomiska vårproposition angående de medel som regeringen bedömer behövs.

Lagen om kommunal befogenhet att tillhandahålla servicetjänster åt äldre samt ändringarna i kommunallagen och socialtjänstlagen föreslås träda i kraft den 1 juli 2006. Lagändringarna i övrigt föreslås träda i kraft den 1 januari 2007.

1	Förslag till riksdagsbeslut.....	8
2	Lagtext.....	9
2.1	Förslag till lag om kommunal befogenhet att tillhandahålla servicetjänster åt äldre.....	9
2.2	Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).....	10
2.3	Förslag till lag om ändring i kommunallagen (1991:900).....	13
2.4	Förslag till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453).....	14
3	Ärendet och dess beredning.....	17
4	Inledning.....	19
5	Utvecklingsområde 1: Bättre vård och omsorg om de mest sjuka.....	27
5.1	Förstärkning av vården och omsorgen om de mest sjuka äldre .....	37
5.1.1	Resursförstärkning till kommuner och landsting.....	37
5.1.2	Kommunen bör ansvara för sjukvården i en sammanhållen hemvård .....	38
5.1.3	Stärkt läkarmedverkan .....	40
5.1.4	Fördelning av läkarinsatser i kommunen.....	45
5.1.5	Kontinuitet, säkerhet och samordning .....	46
5.1.6	Behovet av vård- och omsorgsplaner och samordnare.....	49
5.1.7	Samverkan mellan landsting och kommuner avseende bland annat rehabilitering.....	51
5.2	En god demensvård.....	56
5.2.1	Behov av kompetenshöjning i demensvården .....	56
5.2.2	Möjlighet att i vissa fall begränsa den enskildes självbestämmande .....	60
5.2.3	Information om demenssjukdomar .....	61
5.2.4	Hjälpmedel och IT-stöd för personer med demenssjukdom .....	62
5.3	Psykisk ohälsa hos äldre .....	63
5.4	Äldre och läkemedel .....	65
6	Utvecklingsområde 2: Trygghet i boendet .....	69
6.1	Bostäder och boende för äldre .....	71
6.1.1	Bostäder utformade efter äldres behov .....	72
6.2	Särskilda boendeformer för dem som behöver det .....	75
6.3	Parbogaranti .....	77
6.4	Fler platser i särskilda boendeformer för äldre .....	78
6.5	Korttidsboende .....	79
7	Utvecklingsområde 3: Den sociala omsorgen .....	81
7.1	Hemtjänst i ordinärt boende.....	82

7.2	Mat och näring för äldre personer.....	85
7.3	Biståndsprovning .....	86
7.4	Omsorg för äldre med utländsk bakgrund eller tillhöriga en nationell minoritet .....	88
7.5	Ett nationellt styrdokument för vård och omsorg om äldre .....	92
7.6	Frivilliga insatser av och för äldre .....	93
8	Utvecklingsområde 4: Nationell likvärdighet och lokal utveckling .....	96
8.1	Behov av förtydligande i regelverket.....	98
8.2	Verksamhetsuppföljning och kvalitetsutveckling.....	99
8.2.1	Förbättrade möjligheter att följa de äldres levnadsförhållanden .....	101
8.2.2	Nationella brukarundersökningar .....	101
8.3	Forskning och utveckling.....	102
8.4	Förstärkt tillsyn i äldreomsorgen .....	107
8.5	Analys av bestämmelserna om upphandling.....	110
8.6	Teknikutveckling .....	111
8.7	Hjälpmedel för äldre .....	114
8.7.1	Ökad enhetlighet i villkoren för hjälpmedel.....	114
8.8	Stärkt rättssäkerhet.....	115
8.8.1	Utgångspunkter .....	115
8.8.2	En förbättrad intern och extern uppföljning.....	117
8.8.2.1	En rapporteringsskyldighet införs.....	117
8.8.2.2	Hur rapporteringen skall gå till.....	119
8.8.2.3	Granskningsmöjligheter för revisorerna utvidgas .....	122
8.8.3	Sanktionsavgift som ett yttersta påtryckningsmedel .....	122
8.8.3.1	Ett sanktionsavgiftssystem införs .....	122
8.8.3.2	Avgiftens storlek m.m. ....	125
8.8.3.3	Handläggningen .....	128
8.8.4	Avslag trots ett bedömt behov – oförenligt med rättsordningen .....	129
8.8.5	Ändringar i bestämmelserna om kommunalt domstolstrots.....	130
8.8.6	Övriga överväganden.....	131
8.8.6.1	Handläggningen av ärenden behöver förbättras .....	131
8.8.6.2	En bättre samverkan och planering är nödvändig.....	132
9	Utvecklingsområde 5: Förebyggande arbete .....	133
9.1	Utveckling av hälsofrämjande och förebyggande insatser .....	135
9.1.1	Förebyggande hembesök .....	138
9.1.2	Förebygga fallolyckor.....	140
9.2	Servicetjänster åt äldre .....	142
9.2.1	Hjälp i hemmet enligt socialtjänstlagen.....	142

9.2.2	Kommunallagen.....	143
9.2.3	Speciallagar om befogenheter.....	144
9.2.4	Pågående verksamheter med servicetjänster åt äldre.....	144
9.2.5	Kommunal befogenhet att tillhandahålla servicetjänster åt äldre .....	146
9.2.6	Sekretess till skydd för enskilda, m.m. ....	152
9.2.7	Avgifter .....	153
9.2.8	Överklagbarhet.....	155
9.3	Förstärkt stöd till anhöriga som vårdar närstående .....	155
9.3.1	Bättre dokumentation och statistik kring anhörigomsorg och anhörigstöd .....	159
10	Utvecklingsområde 6: Personalen .....	161
10.1	Utbildning och kompetensutveckling för personalen ....	162
10.2	Ett nationellt kompetenssystem .....	165
10.3	Rekryteringsbehov och arbetsmiljö .....	170
10.3.1	Ledarskapet.....	173
11	Genomförande av utvecklingsplanen .....	174
12	Ekonomiska konsekvenser .....	175
13	Ikraftträdande och övergångsbestämmelser .....	176
14	Författningskommentar .....	177
14.1	Förslaget till lag om kommunal befogenhet att tillhandahålla servicetjänster åt äldre.....	177
14.2	Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).....	177
14.3	Förslaget till lag om ändring i kommunallagen (1991:900).....	179
14.4	Förslaget till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453).....	179
Bilaga 1	Remissinstanser Äldrepolitik för framtiden. 100 steg till trygghet och utveckling med en åldrande befolkning (SOU 2003:91) .....	182
Bilaga 2	Sammanfattning Sammanhållen hemvård (SOU 2004:68) .....	184
Bilaga 3	Lagförslag Sammanhållen hemvård (SOU 2004:68) .....	186
Bilaga 4	Remissinstanser Sammanhållen hemvård (SOU 2004:68) .....	198
Bilaga 5	Sammanfattning Beviljats men inte fått (SOU 2004:118) .....	199
Bilaga 6	Lagförslag Beviljats men inte fått (SOU 2004:118) .....	206
Bilaga 7	Remissinstanser Beviljats men inte fått (SOU 2004:118) .....	213
Bilaga 8	Lagförslag Kommunal befogenhet att tillhandahålla hushållsnära tjänster åt äldre.....	214

Bilaga 9	Kommunal befogenhet att tillhandahålla hushållsnära tjänster åt äldre.....	215	Prop. 2005/06:115
Bilaga 10	Lagradsremissens lagförslag.....	216	
Bilaga 11	Lagrådets yttrande .....	220	
Utdrag ur protokoll vid regeringsammanträde den 16 mars 2006 .....		221	

# 1 Förslag till riksdagsbeslut

Prop. 2005/06:115

Regeringen föreslår att riksdagen antar regeringens förslag till

1. lag om kommunal befogenhet att tillhandahålla servicetjänster åt äldre,
2. lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763),
3. lag om ändring i kommunallagen (1991:900),
4. lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453).



Regeringen har följande förslag till lagtext.

### 2.1 Förslag till lag om kommunal befogenhet att tillhandahålla servicetjänster åt äldre

Härigenom föreskrivs följande.

**1 §** En kommun får utan föregående individuell behovsprövning tillhandahålla servicetjänster åt personer som fyllt 67 år.

Med servicetjänster avses tjänster som är avsedda att förebygga skador, olycksfall eller ohälsa och som inte utgör personlig omvårdnad.

**2 §** För servicetjänster åt äldre personer får kommunen ta ut skäliga avgifter enligt grunder som kommunen bestämmer. Avgifterna får dock inte överstiga kommunens självkostnader.

**3 §** Denna lag inskränker inte de skyldigheter som en kommun har enligt socialtjänstlagen (2001:453).

**4 §** Den eller de nämnder som avses i 2 kap. 4 § första stycket socialtjänstlagen (2001:453) skall ha hand om verksamhet enligt denna lag.

---

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2006.

## 2.2 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

Prop. 2005/06:115

Härigenom föreskrivs

*dels* att 2 a, 3 d och 18 §§ hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)<sup>1</sup> skall ha följande lydelse,

*dels* att det i lagen skall införas två nya paragrafer, 26 c och 26 d §§, samt närmast före 26 c § en ny rubrik av följande lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

### 2 a §<sup>2</sup>

Hälso- och sjukvården skall bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Detta innebär att den skall särskilt

1. vara av god kvalitet med en god hygienisk standard och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen,
2. vara lätt tillgänglig,
3. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet,
4. främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen,

*5. tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården.*

Vården och behandlingen skall så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.

Vården och behandlingen skall så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. *Olika insatser för patienten skall samordnas på ett ändamålsenligt sätt.*

Varje patient som vänder sig till hälso- och sjukvården skall, om det inte är uppenbart obehövt, snarast ges en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd.

### 3 d §<sup>3</sup>

Landstinget skall, i andra fall än som avses i 18 b §, erbjuda dem som är bosatta inom landstinget och som på grund av allvarlig sjukdom eller efter behandling för sådan sjukdom är i fortlöpande behov därav, förbrukningsartiklar som behövs vid urininkontinens, urinretention eller tarminkontinens. Förbrukningsartiklar som avses här får förskrivas av läkare samt av annan hälso- och sjukvårdspersonal som Socialstyrelsen förklarat behö- rig.

Landstinget skall, i andra fall än som avses i 18 c §, erbjuda dem som är bosatta inom landstinget och som på grund av allvarlig sjukdom eller efter behandling för sådan sjukdom är i fortlöpande behov därav, förbrukningsartiklar som behövs vid urininkontinens, urinretention eller tarminkontinens. Förbrukningsartiklar som avses här får förskrivas av läkare samt av annan hälso- och sjukvårdspersonal som Socialstyrelsen förklarat behö- rig.

<sup>1</sup> Lagen omtryckt 1992:567.

<sup>2</sup> Lydelse enligt prop. 2005/06:50 (senaste lydelse 1998:1659).

<sup>3</sup> Paragrafen fick sin nuvarande beteckning genom 1998:1660.

Varje kommun skall erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som bor i en sådan boendeform eller bostad som avses i 5 kap. 5 § andra stycket eller 5 kap. 7 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453) eller som efter beslut av kommunen bor i sådan särskild boendeform som avses i 7 kap. 1 § första stycket 2 samma lag. Varje kommun skall även i samband med dagverksamhet, som omfattas av 3 kap. 6 § socialtjänstlagen, erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som vistas där.

En kommun får även i övrigt erbjuda dem som vistas i kommunen hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård).

Landstinget får till en kommun inom landstinget överlåta skyldigheten att erbjuda sådan vård, som sägs i andra stycket, om landstinget och kommunen kommer överens om det *samt regeringen medger det*. Överenskommelsen får avse även ansvar för förbrukningsartiklar som avses i 3 c §.

Kommunens ansvar enligt första och tredje styckena och kommunens befogenhet enligt andra stycket omfattar inte sådan hälso- och sjukvård som meddelas av läkare.

En kommun får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som kommunen ansvarar för enligt denna lag och skall därvid ange de särskilda villkor som gäller för överlämnandet. En uppgift som innefattar myndighetsutövning får dock inte med stöd av denna bestämmelse överlämnas till ett bolag, en förening, en samfällighet, en stiftelse eller en enskild individ.

Landstinget får till en kommun inom landstinget överlåta skyldigheten att erbjuda sådan vård, som sägs i andra stycket, om landstinget och kommunen kommer överens om det. Överenskommelsen får avse även ansvar för förbrukningsartiklar som avses i 3 d §.

Kommunens ansvar enligt första och tredje styckena och kommunens befogenhet enligt andra stycket omfattar, *med undantag för vad som anges i 26 c § tredje stycket*, inte sådan hälso- och sjukvård som meddelas av läkare.

### **Samverkan**

#### *26 c §*

*Landstinget skall till kommunerna inom landstinget avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda skall kunna erbjudas god hälso- och sjukvård i särskilt boende och i verksamheter som avses i 18 § första stycket. Det samma gäller i ordinärt boende om en kommun ansvarar för vården enligt 18 § andra stycket.*

*Landstinget skall med kommunerna inom landstinget sluta avtal om omfattningen av och formerna för läkarmedverkan.*

<sup>4</sup> Senaste lydelse 2005:372.

*Om landstinget inte uppfyller sina skyldigheter enligt avtalet att tillhandahålla läkare har kommunen rätt att på egen hand anlita läkare och få ersättning för sina kostnader för det från landstinget.*

*26 d §*

*Landstinget och kommunen skall samverka så att en enskild som kommunen enligt 18 § första eller andra stycket har ansvar för, också får övrig vård och behandling, hjälpmedel samt förbrukningsartiklar enligt 3 d § som hans eller hennes tillstånd fordrar.*

---

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2007.

2.3 Förslag till lag om ändring i kommunallagen  
(1991:900)

Prop. 2005/06:115

Häri genom föreskrivs att 9 kap. 10 § kommunallagen (1991:900)<sup>1</sup> skall ha följande lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

**9 kap.**

**10 §**

Revisorernas granskning omfattar inte ärenden som avser myndighetsutövning mot någon enskild i andra fall än

1. när handläggningen av sådana ärenden har vållat kommunen eller landstinget ekonomisk förlust,

2. när granskningen gäller hur nämnderna verkställer *avgöranden av allmänna förvaltningsdomstolar, eller*

3. när granskningen *sker från allmänna synpunkter.*

2. när granskningen gäller hur nämnderna verkställer *egna gynnande beslut enligt socialtjänstlagen (2001:453),*

3. när granskningen *gäller hur nämnderna verkställer avgöranden av allmänna förvaltningsdomstolar, eller*

4. när granskningen *sker från allmänna synpunkter.*

---

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2006.

<sup>1</sup> Lagen omtryckt 2004:93.

## 2.4 Förslag till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453)

Prop. 2005/06:115

Härigenom föreskrivs i fråga om socialtjänstlagen (2001:453) dels att 16 kap. 6 a, 6 b och 6 d §§ skall ha följande lydelse, dels att det i lagen skall införas fyra nya paragrafer, 16 kap. 6 e–h §§, samt närmast före 16 kap. 6 f § en ny rubrik av följande lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

### **16 kap.**

#### **6 a §<sup>1</sup>**

*En kommun som inte inom skälig tid tillhandahåller bistånd enligt 4 kap. 1 § som någon är berättigad till enligt ett beslut av socialnämnden, skall åläggas att betala en särskild avgift. Detsamma gäller en kommun som inte inom skälig tid på nytt tillhandahåller biståndet efter det att verkställigheten av ett sådant beslut avbrutits.*

En kommun som *underlåter att utan oskäligt dröjsmål tillhandahålla* bistånd enligt 4 kap. 1 § som någon är berättigad till enligt en domstols avgörande, skall åläggas att betala en särskild avgift.

En kommun som *inte inom skälig tid tillhandahåller* bistånd enligt 4 kap. 1 § som någon är berättigad till enligt en domstols avgörande, skall åläggas att betala en särskild avgift. *Detsamma gäller en kommun som inte inom skälig tid på nytt tillhandahåller biståndet efter det att verkställigheten av ett sådant avgörande avbrutits.*

*Avgiften tillfaller staten.*

*Avgifter enligt denna paragraf tillfaller staten.*

#### **6 b §<sup>2</sup>**

Den särskilda avgiften fastställs till lägst tio tusen kronor och högst en miljon kronor.

När avgiftens storlek fastställs skall det särskilt beaktas hur *länge* dröjsmålet pågått och hur allvarligt det i övrigt kan anses vara.

När avgiftens storlek fastställs skall det särskilt beaktas hur *lång tid* dröjsmålet *har* pågått och hur allvarligt det i övrigt kan anses vara.

Avgiften får efterges om det finns synnerliga skäl för det. I ringa fall skall inte någon avgift tas ut.

<sup>1</sup> Senaste lydelse 2002:437.

<sup>2</sup> Senaste lydelse 2002:437.

6 d §<sup>3</sup>

Om en kommun efter att ha ålagts att betala särskild avgift fortfarande underlåter att tillhandahålla biståndet får ny särskild avgift dömas ut.

Om en kommun efter att ha ålagts att betala särskild avgift fortfarande underlåter att tillhandahålla biståndet får ny särskild avgift enligt 6 a § första eller andra stycket dömas ut.

*Särskild avgift får dömas ut bara om ansökan enligt 6 c § delgetts kommunen inom två år från det att domen om biståndet vunnit laga kraft.*

## 6 e §

*Särskild avgift enligt 6 a § första stycket får dömas ut bara om ansökan enligt 6 c § delgetts kommunen inom två år från tidpunkten för det gynnande beslutet om biståndet eller inom två år från det att verkställigheten av det gynnande beslutet avbrutits.*

*Särskild avgift enligt 6 a § andra stycket får dömas ut bara om ansökan enligt 6 c § delgetts kommunen inom två år från det att domen om biståndet vunnit laga kraft eller inom två år från det att verkställigheten av domen avbrutits.*

*Rapporteringsskyldighet*

## 6 f §

*Socialnämnden skall till länsstyrelsen och till de revisorer som avses i 3 kap. 8 § kommunallagen (1991:900) rapportera alla gynnande nämndbeslut enligt 4 kap. 1 § som inte har verkställts inom tre månader från dagen för beslutet. För varje beslut skall nämnden ange tidpunkten för beslutet och vilken typ av bistånd beslutet gäller samt kortfattat uppge skälen för dröjsmålet.*

*Socialnämnden skall vidare dels till länsstyrelsen, dels till revisorerna rapportera alla gynnande nämndbeslut enligt 4 kap. 1 § som inte har verkställts på nytt inom tre månader*

<sup>3</sup> Senaste lydelse 2002:437.

*från den dag då verkställigheten avbröts. För varje beslut skall nämnden ange tidpunkten för beslutet och vilken typ av bistånd beslutet gäller samt kortfattat uppge skälen för dröjsmålet.*

*Rapportering enligt denna paragraf skall ske en gång per kvartal.*

#### *6 g §*

*Socialnämnden skall till länsstyrelsen och till de revisorer som avses i 3 kap. 8 § kommunallagen (1991:900) anmäla när nämnden har verkställt ett gynnande beslut som enligt 6 e § har rapporterats som ej verkställt. Datum för verkställigheten skall då anges.*

#### *6 h §*

*Socialnämnden skall till fullmäktige lämna en statistikrapport över hur många av nämndens gynnande beslut enligt 4 kap. 1 § som inte har verkställts inom tre månader från dagen för respektive beslut. Nämnden skall vidare ange vilka typer av bistånd dessa beslut gäller samt hur lång tid som har förflutit från dagen för respektive beslut.*

*Nämnden skall till fullmäktige även lämna en statistikrapport över hur många av nämndens gynnande beslut enligt 4 kap. 1 § som inte har verkställts på nytt inom tre månader från den dag då verkställigheten avbröts. Nämnden skall vidare ange vilka typer av bistånd dessa beslut gäller samt hur lång tid som har förflutit från dagen för respektive beslut.*

*Rapportering enligt denna paragraf skall ske en gång per kvartal.*

---

1. Denna lag träder i kraft den 1 juli 2006.

2. I fråga om särskild avgift med anledning av dröjsmål med att verkställa en kommuns gynnande beslut får enbart tid från och med lagens ikraftträdande beaktas vid bedömningen av om skälig tid överskridits. Detsamma gäller i fråga om särskild avgift med anledning av dröjsmål med att verkställa en kommuns gynnande beslut eller en domstols gynnande avgörande, om verkställigheten av beslutet eller domen avbrutits.



Genom beslut den 22 december 1998 bemyndigade regeringen chefen för Socialdepartementet att tillkalla en parlamentarisk äldreberedning med uppdrag att skapa förutsättningar för en långsiktig utveckling av äldrepolitiken (dir. 1998:109). Den parlamentariska beredningens analyser och förslag skulle utformas utifrån förhållanden i samhället som berör äldres situation under perioden fr.o.m. år 2005 och de därpå närmast följande åren. Utgångspunkterna för arbetet skulle vara de förändrade krav som ställs på samhället när såväl antalet som andelen äldre i befolkningen ökar; de insatser som samhället kan vidta för att underlätta för de äldre att leva ett aktivt liv och ha inflytande i samhället och över sin vardag; förutsättningarna för människor i Sverige att åldras i trygghet och med bibehållet oberoende; samhällets insatser för att främja att äldre bemöts med respekt och möjligheterna för äldre att få tillgång till god vård och omsorg. Den parlamentariska beredningen antog namnet SENIOR 2005 (S 1998:08).

SENIOR 2005 har överlämnat diskussionsbetänkandet Riv ålders-trappan! Livslopp i förändring (SOU 2002:29) till regeringen. SENIOR 2005 har också överlämnat slutbetänkandet Äldrepolitik för framtiden. 100 steg till trygghet och utveckling med en åldrande befolkning (SOU 2003:91) till regeringen. Slutbetänkandet har remissbehandlats. En förteckning över remissinstanserna finns i *bilaga 1*. En sammanställning över remissyttrandena finns tillgänglig i Socialdepartementet (S2003/8662/ST).

Regeringen beslutade i regleringsbrevet för budgetåret 1999 att Socialstyrelsen skulle utvärdera verksamheten med patientansvarig läkare (PAL). Socialstyrelsens rapport med förslag till lagändringar överlämnades till regeringen i april 2000. Rapporten har remitterats och remissinstansernas synpunkter finns tillgängliga i Socialdepartementet (dnr S2000/2567/HS).

Genom beslut den 3 april 2003 bemyndigade regeringen chefen för Socialdepartementet att tillkalla en särskild utredare med uppdrag att genomföra en översyn av vård och omsorg om äldre – tio år efter Ädelreformen (dir. 2003:40). Utredaren skulle analysera och överväga följande frågor. ”Hur kan vården och omsorgen på bästa sätt organiseras för att säkerställa en hög kvalitet, tillgänglighet och kontinuitet samt trygghet och inflytande för de äldre själva, med beaktande av såväl sociala som medicinska behov? Är den nuvarande huvudmannaskapsgränsen mellan landsting och kommun ändamålsenlig eller bör ansvarsfördelningen ändras? Hur kan hälso- och sjukvården i kommuner och landsting bäst organiseras så att de äldres behov tillgodoses på bästa möjliga sätt, såväl i ordinärt boende som i särskilt boende?” Utredningen antog namnet Äldrevårdsutredningen (S 2003:04).

Äldrevårdsutredningen har överlämnat betänkandet Sammanhållen hemvård (SOU 2004:68). En sammanfattning av betänkandet finns i *bilaga 2*. Utredningens lagförslag finns redovisade i *bilaga 3*. Betänkandet har remissbehandlats. En förteckning över remissinstanserna finns i *bilaga 4*. En sammanställning av remissyttrandena finns tillgänglig i Socialdepartementet (dnr S2004/4930/ST).

Genom regeringens beslut den 4 juli 2002 fick Socialstyrelsen, tillsammans med åtta andra myndigheter, i uppdrag att utarbeta en gemensam plan för kompetensförsörjning inom kommunernas vård och omsorg om äldre och funktionshindrade personer (S2001/10360/ST). I rapporten *Investera nu!* (S2004/4695/ST) lämnade dessa myndigheter och Centrala studiestödsnämnden ett förslag till långsiktig handlingsplan. Vid utarbetandet av propositionen har förslagen i rapporten beaktats i vissa delar.

Regeringen beslutade i juli 2003 att tillkalla en särskild utredare med uppdrag att utreda frågan om kommuners och landstings underlåtenhet att verkställa egna beslut om insatser enligt socialtjänstlagen (2001:453) och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Utredaren skulle vidare föreslå åtgärder som kan bidra till en förbättrad rättssäkerhet för enskilda (dir. 2003:93). Utredningen antog namnet Utredningen om verkställighet av vissa gynnande kommunala beslut (S 2003:07). Utredningen överlämnade i december 2004 betänkandet *Beviljats men inte fått* (SOU 2004:118) till chefen för Socialdepartementet. En sammanfattning av betänkandet finns i *bilaga 5* De lagförslag som lades fram i betänkandet finns i *bilaga 6*. Betänkandet har remissbehandlats. En förteckning över remissinstanserna finns i *bilaga 7*. En sammanställning över remissyttrandena finns tillgänglig i Socialdepartementet (dnr S2004/9340/ST).

I denna proposition behandlas, avseende betänkandet *Beviljats men inte fått*, förslag rörande ärenden om bistånd enligt socialtjänstlagen (2001:453).

Inom Socialdepartementet har upprättats en promemoria kallad *Kommunal befogenhet att tillhandahålla hushållsnära tjänster åt äldre*. Promemorians lagförslag finns redovisade i *bilaga 8*. Promemorian har remissbehandlats. En förteckning över remissinstanserna finns i *bilaga 9*. En sammanställning av remissyttrandena finns tillgänglig i Socialdepartementet (dnr S2005/8833/ST).

Under november och december 2005 genomförde Socialdepartementet sex regionala konferenser i Stockholm, Umeå, Göteborg, Nässjö, Västervik och Lund. Syftet med konferenserna var att föra en dialog med företrädare för kommuner, landsting och organisationer kring bl.a. framtida vård och omsorg om äldre. En sammanfattning av de synpunkter som fördes fram vid konferenserna finns tillgänglig i Socialdepartementet (dnr S2005/9077/ST). Vid utarbetandet av propositionen har de synpunkter som fördes fram vid de regionala konferenserna beaktats.

Propositionen bygger på en överenskommelse mellan den socialdemokratiska regeringen och Vänsterpartiet.

### *Lagrådet*

Regeringen beslutade den 9 februari 2006 att inhämta Lagrådets yttrande över de lagförslag som finns i *bilaga 10*. Lagrådets yttrande finns i *bilaga 11*. Lagrådet har lämnat förslagen utan erinran. Vissa redaktionella ändringar har gjorts i förhållande till lagrådsremissens lagförslag.

Drygt 17 procent eller 1,5 miljoner av Sveriges befolkning är i dag 65 år eller äldre. De flesta har god hälsa när de går i pension och kan se fram emot många friska år. Det är den generella välfärdspolitiken som lagt grunden för denna utveckling. De kommande tio åren kommer antalet personer 65 år och äldre att öka med drygt 330 000 personer eller 21 procent, varav kvinnorna med ca 190 000 och männen med ca 140 000. Den demografiska utvecklingen ställer vårt samhälle inför nya utmaningar. När gruppen äldre växer, växer också behoven av vård och omsorg. Gruppen äldre blir mer heterogen liksom behoven. Detta kräver utveckling och förnyelse av såväl samhällsplaneringen som sjukvården och äldreomsorgen.

När hälsan sviktar och behoven av vård och omsorg uppstår skall det inte kunna råda någon tvekan om att samhället bistår med insatser av god kvalitet. Alla skall kunna ha förtroende för att samhället kan tillgodose de behov som följer med åldrandet. Personalen skall ha utvecklingsmöjligheter och goda arbetsförhållanden. De anhöriga skall kunna känna sig trygga i vetskapen om att de närstående har det bra. Sverige skall bli världens bästa land att åldras i. Det är regeringens högt ställda mål i denna utvecklingsplan.

#### *Ett nationellt ansvarstagande för vården och omsorgen om äldre*

Ansvaret för att planera, finansiera och utveckla vård och omsorg om äldre vilar på kommunerna och landstingen. I Sverige har den kommunala självstyrelsen en lång tradition och stark förankring. Det decentraliserade beslutsfattandet skapar bättre förutsättningar för medborgarna att påverka verksamheten och att utkräva ansvar. Lokala beslutsfattare har också bättre kunskap om lokala förhållanden och behov, och därmed bättre förutsättningar att anpassa verksamheten efter detta.

Hur vården och omsorgen om äldre personer ska fungera är emellertid även en nationell angelägenhet. Det är en central del av välfärdspolitiken som berör många människor. Statens styrning, genom t.ex. lagstiftning, statsbidrag, normering och tillsyn, skall bidra till likvärdig tillgänglighet och god kvalitet i vården och omsorgen om äldre. Regeringen bedömer att det på vissa områden krävs en tydligare styrning, ett utvecklat kvalitetsarbete och mer resurser för att stärka den långsiktiga utvecklingen av vården och omsorgen om äldre. Någon ökad detaljreglering är det dock inte fråga om.

I utvecklingsplanen presenterar regeringen sin vilja att under de närmaste tio åren verka för en ambitionshöjning och förbättringar av kvalitet, tillgänglighet, jämställdhet och mångfald inom vård och omsorg om äldre i hela landet. Regeringen avser att göra detta genom lagstiftning, ett utvecklat system för kvalitetsarbete och uppföljning, stimulans för lokal utveckling och inte minst genom resurstillskott. Att åstadkomma denna ambitionshöjning och kvalitetsförbättring är en långsiktig process som förutsätter ett nära samarbete mellan stat, kommuner och landsting. Den nationella utvecklingsplanen skall ses som ett levande dokument och regeringen kommer att kontinuerligt återkomma till riksdagen med nya

initiativ, ytterligare konkretiseringar av planen samt uppföljning av det hittillsvarande arbetet. I propositionen redovisas ett antal förslag till omedelbara åtgärder i syfte att höja kvaliteten och öka ambitionsnivån. Andra frågor kräver ytterligare överväganden och utredning för senare ställningstaganden. Regeringen kommer att verka för att de samlade resurserna till vården och omsorgen om äldre de kommande tio åren successivt skall nivåhöjas med 10 miljarder kronor. Ansvaret för att förverkliga detta vilar gemensamt på staten, kommunerna och landstingen.

### *Demografien en utmaning och drivkraft*

Den framtida demografiska utvecklingen med en allt högre andel och ett större antal äldre i befolkningen är en faktor som ligger bakom framtagandet av denna långsiktiga plan för äldreomsorgen. I dag är medellivslängden cirka 83 år för kvinnor och cirka 78 år för män. Under de senaste 50 åren har den ökat med 8 år för kvinnor och 7 år för män. Statistiska centralbyrån (SCB) bedömer i sin prognos för de närmaste 50 åren att både kvinnor och män kommer att öka sin medellivslängd med ytterligare cirka 5 år.

Allt fler blir således allt äldre, men denna ökning varierar ganska kraftigt mellan åren, beroende på skillnader i de aktuella årskullarnas storlek. Efter att ha ökat från 200 000 till nästan 500 000 under de senaste 30 åren, förväntas antalet personer över 80 år inte att öka alls under de närmaste 15 åren, vilket är en följd av de låga födelsetalen under 1930-talet.

De stora årskullar som föddes under 1940-talet kommer att nå de vård- och omsorgsbehövande åldrarna omkring år 2020. Antalet personer över 80 år kommer att öka till cirka 750 000 mellan år 2020 och 2035, varav ca 70 procent kommer att vara kvinnor. Under de närmaste åren kommer fyrtiotalisterna att befinna sig i gruppen yngre pensionärer mellan 65 och 80 år. Denna åldersgrupp är i ganska liten utsträckning beroende av äldreomsorg i traditionell mening, dvs. hemtjänst eller särskilt boende. Ungefär 3 procent av befolkningen i åldersgruppen 65–79 år behöver eller kommer i dag i åtnjutande av sådan hjälp. Detta står i kontrast till omsorgsbehovet bland dem som är över 80 år. I denna grupp har nästan 40 procent äldreomsorg.

### *Äldreomsorg och jämställdhet*

Kvinnor är i högre grad än män beroende av samhällets äldreomsorg. Kvinnorna är i majoritet som brukare av omsorg (cirka 70 procent), som personal (cirka 90 procent) samt som anhörigvårdare (cirka 70 procent). Bland äldre över 80 år har drygt 40 procent av kvinnorna och cirka 25 procent av männen offentlig äldreomsorg. Skillnaden mellan könen beror främst på att kvinnorna oftare än männen är ensamstående. Av Statistiska centralbyråns statistik framgår att bland kvinnor i åldersgruppen 85–89 år är ca 80 procent änkor eller skilda medan det bland män i samma ålder är ca 40 procent änklingar eller skilda. Frågan om tillgång till äldreomsorg samt innehåll och kvalitet är således frågor som i hög grad handlar om äldre kvinnors välfärd.

I Socialstyrelsens rapport Jämställd socialtjänst? – ett könsperspektiv på socialtjänsten, framgår bl.a. att äldreomsorgen är dåligt anpassad till kvinnors behov. Undersökningar har visat att äldre kvinnor i högre grad än män företrar offentlig hjälp framför hjälp från någon anhörig. En trolig förklaring till detta är att äldre kvinnor oftare är ensamboende och står utan alternativ till offentlig hjälp.

Ur brukarnas perspektiv innebär jämställdhet att kvinnor och män har lika stor rätt till offentlig omsorg, att kvinnors och mäns omsorgsbehov bedöms på likvärdigt sätt av socialtjänsten och att den offentliga omsorg som kvinnor och män får är av lika god kvalitet. Jämställdhet ur anhörigas och anställdas perspektiv kan innebära dels att män i större utsträckning deltar i omsorgsarbete, dels förbättrade villkor för omsorgsarbete. Lika god tillgång till offentlig omsorg för kvinnor och män, liksom att anhörigomsorg skall bygga på frivillighet från båda sidor i omsorgsrelationen, är viktiga aspekter på jämställdhet ur både brukarnas och de anhörigas perspektiv.

I regeringens plan för genomförande av jämställdhetsintegrering i Regeringskansliet ingår bl.a. att göra jämställdhetsanalyser inom politikområdena i syfte att identifiera mål och insatser för jämställdhet. Regeringen avser att återkomma med förslag till verksamhetsmål för jämställdhet inom äldrepolitiken. I regeringens proposition Makt att forma samhället och sitt eget liv – nya mål i jämställdhetspolitiken (prop. 2005/06:155) föreslår regeringen bl.a. nya delmål inom jämställdhetspolitiken. Ett av delmålen är en jämn fördelning av det obetalda hem- och omsorgsarbetet. Kvinnor och män ska ha lika ansvar för hemarbetet och möjlighet att ge och få omsorg på lika villkor. Målet omfattar obetalt hemarbete, omsorgen om de äldre samt omsorgen om barnen. Målet inbegriper både den som ger omsorg och den som tar emot den.

### *Hälsa och levnadsförhållanden*

Hur äldres hälsa och funktionsförmåga utvecklas är av avgörande betydelse för hur den demografiska utvecklingen kommer att påverka samhället. Många olika faktorer påverkar äldres välbefinnande och deras behov av vård och omsorg. Förutom ålder är de viktigaste faktorerna den privata ekonomin, hälsan och livsstilen, boendestandarden, om man lever ensam eller i ett parförhållande och om man har anhöriga och andra sociala nätverk. Det är betydligt vanligare att äldre kvinnor än män lever ensamma och de har därmed oftare större behov av offentlig omsorg.

Med höga åldrar följer ofta sjukdomar och funktionsnedsättningar, även om de kommer senare i livet och kan få mindre konsekvenser än tidigare. Vetenskapliga framsteg gör också att fler människor med sjukdomar som tidigare var dödliga nu överlever och kan förväntas få uppleva ett normalt åldrande. Personer med vanliga sjukdomar som cancer-sjukdomar och hjärt-kärlsjukdomar är sådana grupper där överlevnaden förbättrats. Att i nuläget förutsäga de kommande årens hälsoutveckling bland äldre är svårt och osäkerheten bedöms ha ökat till följd av att olika undersökningar till viss del visat motstridiga resultat.

Hälsotillståndet hos pensionärerna tycks ha förbättrats mellan åren 1988/89 och 2002/2003 enligt SCB:s Undersökning om levnadsförhållanden (ULF). Andelen pensionärer som uppger att de har gott hälsotill-

stånd har stigit från 51 procent till 55 procent. Vidare har andelen med rörelsehinder minskat från 33 procent till 27 procent. Andelen som har sjukdom med stora besvär har knappast förändrats alls. Även om de flesta studier visar på en positiv hälsoutveckling bland de äldsta finns också resultat som visar på försämringar. Det är därför svårt att få en entydig bild av utvecklingstendenserna. När det gäller funktionsförmåga har alla hittills redovisade undersökningar pekat på förbättringar, inte minst på grund av bättre boendemiljö och hjälpmedel.

Kostnaderna för äldreomsorg har i långtidsutredningen beräknats öka med över 80 procent fram till år 2030. Dess beräkningar över volym och kostnader kan betraktas som kalkyler över ett maximalt behov och maximala kostnader. Om man till exempel beräknar omsorgsbehovet för de sista levnadsåren blir ökningen i stället cirka 40 procent fram till år 2030.

### *Kostnadsskillnader*

För att den framtida vården och omsorgen om äldre skall kunna möta de kommande behoven krävs att tillgängliga resurser används på ett så effektivt sätt som möjligt. I dag är det mycket stora skillnader mellan kommunernas kostnader för vård och omsorg om äldre. Kostnadsskillnaderna kan för hemtjänst i ordinärt boende vara över 100 procent och för särskilt boende mer än 50 procent. Det går inte att i dag förklara i vilken utsträckning som skillnaderna beror på olikheter i effektivitet, ambitionsnivå eller kvalitet. Det är angeläget att huvudmännen tar fortsatta initiativ för att utveckla äldreomsorgens kvalitet, effektivitet och produktivitet. Samtidigt är det av stor vikt att arbetet sker under former som tillgodoser krav på rättsäkerhet och likvärdighet. I det sammanhanget är utvecklingen av tillförlitlig kunskap av stor betydelse för att verksamheten skall ha tillgång till bra metoder i arbetet. Bättre kunskap ger också möjligheter till en tydligare normering inom området.

### *Vård och omsorg om äldre kvinnor och män i dag*

Sverige har redan i dag en mycket bra vård och omsorg i många avseenden. En kombination av i internationell jämförelse goda ekonomiska resurser, en väl utbyggd verksamhet i kommuner och landsting och en ansvarskännande och engagerad personal har bidragit till detta. Sverige lägger internationellt sett en hög andel av bruttonationalprodukten (BNP) på att finansiera vård och omsorg om äldre. De totala kostnaderna för äldreomsorgen och hälso- och sjukvården, inklusive landstingens akut-sjukvård till personer 65 år och äldre, beräknades år 2004 uppgå till 158 miljarder kronor, vilket är 6,5 procent av BNP. Kommunernas del av dessa totala kostnader, vilka inkluderar hemtjänst i ordinärt boende, kommunal hemsjukvård och vård och omsorg i särskilda boenden för personer 65 år och äldre, beräknades samma år uppgå till knappt 80 miljarder kronor. Landstingens kostnader för hälso- och sjukvård för äldre uppgick till knappt 79 miljarder kronor.

I många kommuner och landsting pågår omfattande arbete med att utveckla kvaliteten i vården och omsorgen om äldre. Ny kunskap och

teknik har lett till stora framsteg i form av möjlighet att förebygga, diagnostisera, behandla och bota olika sjukdomar. Allt fler och allt äldre kvinnor och män har tillgång till medicinska insatser som effektiv behandling vid bl.a. hjärtinfarkt och stroke samt höftleds- och starroperationer. Möjligheterna till rehabilitering efter ett olycksfall eller en sjukdom har ökat väsentligt. Teknik och olika former av hjälpmedel har lett till en mycket högre grad av självständighet och oberoende för många äldre. Teknikutvecklingen har även haft stor betydelse för att effektivisera vården och för att underlätta arbetssituationen för personalen. Med medicinska och tekniska framsteg, i kombination med en generellt sett relativt hög levnadsstandard och allt mer lättillgänglig information, har förväntningarna och kraven på omfattning av och kvalitet i vården och omsorgen ökat. Kraven och förväntningarna formuleras av de äldre själva, deras anhöriga och personalen, vilket också är ett uttryck för en utveckling bort från det forna fattigvårdssamhället till en modern välfärdspolitik för alla.

#### *Ökat kommunalt ansvar och fler äldre som bor i ordinärt boende*

Ädelreformen som genomfördes år 1992 innebar i huvuddrag att kommunerna övertog verksamhetsansvaret för och driften av sjukhem och andra vårdinrättningar för somatisk långtidssjukvård. Sedan Ädelreformens genomförande används begreppet särskilda boendeformer som ett samlingsnamn för boende för vård och omsorgsbehövande äldre, t.ex. servicehus, ålderdomshem, sjukhem, gruppboenden och korttidsboende. Kommunerna fick vidare ansvaret för hälso- och sjukvårdsinsatser inklusive rehabilitering till och med sjuksköterskenivå i särskilda boendeformer och dagverksamhet. Kommunerna fick också möjlighet att genom avtal med landstinget och med regeringens medgivande ta över ansvaret för hemsjukvården i det ordinära boendet. I dag har nära hälften av landets kommuner övertagit ansvaret för hemsjukvården i det ordinära boendet.

Ädelreformen har bidragit till att institutionsboendet och de gamla typerna av sjukhem har minskat kraftigt och en mer hemlik miljö har utvecklats. I takt med avinstitutionaliseringen av äldreomsorgen tillsammans med allt kortare vårdtider vid sjukhus, har hemtjänsten fått en allt viktigare och mer komplicerad uppgift. Hemtjänsten i det ordinära boendet är basen för den offentliga vården och omsorgen om äldre i Sverige. Tack vare en utvecklad hemtjänst, hemsjukvård, hjälpmedel och ett ökat antal anpassade bostäder kan allt fler bo kvar hemma allt längre. Det är också vad de flesta äldre själva vill enligt vad olika undersökningar visar. Vid behov får äldre personer stöd i det egna boendet genom olika insatser som trygghetslarm, hemsänd mat, färdtjänst, vård och omsorg av hemtjänsten och hemsjukvården dygnet runt. Även avancerade sjukvårdsinsatser kan numera erbjudas i det egna hemmet.

År 2004 fick 132 300 personer eller 8,5 procent av alla som är 65 år och äldre hemtjänst i ordinärt boende. Av dem med hemtjänst har 38 procent insatser med högst 9 timmar per månad. Den förskjutning mot att allt mer av hjälpen koncentreras till dem med de största behoven som iakttogets under 1990-talet har inte fortsatt därefter. Antalet personer som får hemtjänst i ordinärt boende ökar. Samma år bodde 73 800 eller 8,4

procent av kvinnorna samt 31 000 eller 4,6 procent av männen 65 år och äldre i särskilt boende. Antalet personer som bor i särskilda boenden minskar. De som bor i särskilda boenden är allt oftare personer med demenssjukdom eller personer med omfattande behov av omvårdnad och tillsyn dygnet runt.

Anhöriga gör betydande insatser för att hjälpa och vårda sina närstående äldre och långtidssjuka. Dessa insatser har stor betydelse för människors livskvalitet och också för många äldres möjligheter att bo kvar hemma.

År 2004 var 239 500 personer anställda inom vården och omsorgen om äldre, i kommuner och privata företag. Om man därtill lägger uppskattningsvis 100 000 anställda inom landstingen som arbetar med äldre, får man en uppfattning om hur många som i sitt arbete ger vård och omsorg till äldre. Över 90 procent av dem som arbetar inom kommunernas vård och omsorg är kvinnor. Av dessa beräknas 60 procent ha en yrkesutbildning inom omvårdnad. Behovet av utbildad personal inom äldreomsorgen kommer att öka kraftigt de närmaste decennierna. För att lägga grunden för det fortsatta utvecklingsarbetet har regeringen beslutat om stora satsningar på kompetensutveckling för personal inom vården och omsorgen om äldre. Det är en viktig del av de strukturella investeringar som nu måste göras för att förbereda verksamheten för den kommande ökningen av äldre kvinnor och män med behov av vård och omsorg.

#### *Höjd ambitionsnivå*

De högt ställda målen för den nationella äldrepolitiken är fortfarande giltiga och omfattar även äldreomsorgen. Målen antogs i samband med Nationell handlingsplan för äldrepolitiken 1999–2001 (prop. 1997/98:113, bet. 1997/98: SoU24, rskr. 1997/98:307) och anger att äldre skall;

- kunna leva ett aktivt liv och ha inflytande i samhället och över sin vardag,
- kunna åldras i trygghet och med bibehållet oberoende,
- bemötas med respekt, samt
- ha tillgång till god vård och omsorg.

Utvecklingsplanen sträcker sig över tio år. Det innebär inte att utvecklingsarbetet är färdigt om tio år. En kontinuerlig uppföljning och utveckling av vården och omsorgen om äldre är nödvändig även därefter, då ökningen av antalet äldre väntas vara som kraftigast fram till omkring år 2030. Satsningar krävs för att nå förbättringar av kvalitet och stabilare strukturer för styrning och utveckling. Målet är att också kunna erbjuda morgondagens brukare en gemensamt finansierad vård och omsorg av god kvalitet som är tillgänglig efter behov. Regeringen vill verka för en bred nationell uppslutning kring genomförandet av planen och har identifierat sex områden som är avgörande för att äldre och deras anhöriga skall kunna känna trygghet i åldrandet. Utvecklingsplanen fokuserar på insatser inom dessa sex områden. Regeringen avser att kontinuerligt återkomma till riksdagen med en redovisning av utvecklingen inom vården och omsorgen om äldre samt med förslag för att ytterligare stödja



### *Sex utvecklingsområden*

*Det första* utvecklingsområdet är vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. En halv miljon människor i Sverige är i dag över 80 år och nästan var tredje kvinna får vara med om att fira sin 90-årsdag. Men med stigande ålder följer också sjukdomar och funktionsnedsättningar som för enskilda individer kan medföra behov av både vård och omsorg. De mest sköra personerna, de som har sammansatta eller snabbt föränderliga behov av vård och omsorg eller som har demenssjukdom, är beroende av omfattande och samordnade insatser såväl i sin bostad som i den öppna och slutna sjukvården. Svårt sjuka äldre har svårt att förflytta sig till landstingets mottagningar för att där få den hälso- och sjukvård de behöver. De behöver därför hembesök av läkare från primärvården i större utsträckning än vad som är vanligt i dag. Många får inte sina behov av rehabilitering identifierade och tillgodosedda. Det är som enskild svårt att veta vart man skall vända sig för att få hjälpmedel. Samverkan mellan personalen inom primärvård, sjukhusvård och hemsjukvård har brister. När ansvarsfördelningen är oklar riskerar de allra sköraste och mest vårdberoende att hamna mellan olika stolar eller att slussas hit och dit i vårdsystemet. Under den kommande tioårsperioden behöver därför hemsjukvården utvecklas och ansvarsfördelning och samordning förbättras.

*Det andra* utvecklingsområdet gäller rätten till ett bra boende. Bostaden har en central betydelse för människors trivsel och trygghet. Det gäller inte minst för äldre människor. Boendet är en viktig fråga för äldreomsorgens utveckling och de äldres trygghet – inte minst kvinnornas, eftersom de i så stor omfattning är ensamboende – och för behovet av äldreomsorg. Ett anpassat boende som har närhet till service och kommunikationer kan medföra ökad möjlighet att med hög livskvalitet bo kvar i bostaden i ordinärt boende. Utvecklingen från institutionsboende och långvård till att allt fler kan bo kvar i ordinärt boende har varit positiv. För de allra flesta är det positivt att kunna bo kvar i ordinärt boende länge. De flesta har heller inte så stora vårdbehov att det motiverar en plats i särskilt boende.

De senaste årens uppföljningar av äldreomsorgen visar dock att biståndsbedömningen när det gäller särskilt boende blivit allt mer restriktiv. Regeringen ser med oro på en utveckling där antalet platser i särskilt boende snabbt minskar i många kommuner. Det är viktigt både för den enskilde och för tryggheten hos allmänheten att veta att det finns en plats för den som en dag behöver den. Delar av dagens bostadsbestånd är inte anpassat till äldre människors behov. Många kan behöva ett boende som är anpassat på ett sådant sätt att man enkelt kan ta sig ut och ha nära till gemenskapslokaler och service. Regeringen bedömer att det behövs stimulansmedel för stöd till nybyggnad av särskilda boendeformer för äldre. Stöd behövs även för nybyggnad och ombyggnad av lokaler i anslutning till särskilda boenden för att användas som t.ex. samlingslokaler för äldre.

*Det tredje* utvecklingsområdet gäller kommunernas vård och omsorg. Såväl hemtjänstens service- och omvårdnadsinsatser som hälso- och sjukvårdsinsatser måste klara att ge kvalitet och trygghet för äldre kvinnor och män. Det behövs ett styrdokument som ger en tydlig bild av de grundläggande värderingarna i socialtjänstlagens portalparagraf och äldreomsorgens uppdrag, samt om vad äldreomsorgen genom sina insatser skall åstadkomma för de äldre och deras närstående. Nu, och ännu mer i en nära framtid, kommer äldreomsorgen att vara en social och kulturell mötesplats för äldre personer med olika bakgrund och ursprung, olika erfarenheter och skilda förväntningar. Värderingar, etiska förhållningsätt och respekt för de mänskliga rättigheterna behöver göras tydliga i den dagliga verksamheten. Kvinnors och mäns ibland skilda behov av insatser skall kunna tillgodoses. Att äta god och näringsriktig mat har stor betydelse för välbefinnandet och hälsan. Det är angeläget att låta kunskap om kost och motion få ett större genomslag i äldreomsorgen. Alla bör ha möjligheter till ett rikt socialt liv högt upp i åldrarna. Vän-tjänster och andra frivilliga insatser kan höja livskvaliteten både hos den som ger och den som tar emot stödet, förutsatt att tjänsten är frivillig för båda parter. Det är därför viktigt att ytterligare utveckla samhällets förmåga att ta tillvara människors engagemang och vilja att göra en insats för andra.

*Det fjärde* utvecklingsområdet gäller nationell likvärdighet och lokal utveckling. Alla äldre kvinnor och män har rätt till en likvärdig vård och omsorg av god kvalitet, oavsett var de bor och oavsett inkomst och ursprung. Så är det inte i dag. Skillnaderna i tillgänglighet och kostnader för vården och omsorgen om äldre är betydande mellan olika delar av landet. Det är inte tillräckligt klarlagt vad dessa skillnader beror på och hur de påverkar kvaliteten och omfattningen av verksamheten. Lokala riktlinjer av hur behov skall bedömas och vilka insatser som skall vara möjliga att få strider i vissa kommuner mot socialtjänstlagens (2001:453) intentioner. Alltför stora skillnader i socialtjänstlagens tillämpning är inte acceptabelt. Medborgarna måste veta vad de kan förvänta sig av vården och omsorgen. Det måste självklart finnas utrymme för kommunala prioriteringar, men för att åstadkomma en trygg och rättssäker äldreomsorg och en större likvärdighet i landet behövs en tydligare nationell styrning. Det är viktigt att ta tillvara lokal utvecklingskraft och personalens erfarenhet och engagemang.

*Det femte* utvecklingsområdet gäller förebyggande insatser. Äldre kvinnors och mäns hälsa och välbefinnande är, och kommer i än högre grad att bli, av central betydelse för hela samhällets utveckling. Med förebyggande insatser i olika former kan funktionsnedsättningar och ohälsa för enskilda individer undvikas eller skjutas upp. I dag drabbas många äldre av stort lidande och sämre livskvalitet till följd av fallolyckor. Det medför även betydande kostnader för samhället. Det finns goda möjligheter att genom relativt enkla insatser förebygga olycksfall bland äldre. Att förebygga och uppskjuta behov av vård och omsorg är angeläget såväl för den enskilde individen och dennes anhöriga som för samhället. Mot denna bakgrund finns det enligt regeringens bedömning flera tungt vägande skäl för att under den kommande tioårsperioden prioritera hälsofrämjande och förebyggande insatser för äldre.

Anhöriga, framför allt kvinnor, svarar för stora vård- och omsorgsinsatser. Deras insatser är många gånger av avgörande betydelse för äldres möjligheter att bo kvar hemma. För de som helt eller delvis vårdar sin anförvant är det viktigt att få stöd i sin roll som anhörigvårdare. Regeringen har från och med år 2006 fördubblat den statliga satsningen på att förbättra och förstärka stödet till anhöriga.

*Det sjätte* utvecklingsområdet gäller personal- och kompetensförsörjning. Personalens kompetens är den viktigaste faktorn för kvalitet i vården och omsorgen. Det är personalen som möter de äldre och deras anhöriga, som skall ta till sig och tillämpa ny kunskap om vård och omsorg, och som ser och tillgodoser behov av hjälp och stöd. Personalens kompetens måste säkerställas, synliggöras, användas och utvecklas. En förutsättning för att tillräckligt många skall vilja arbeta i äldreomsorgen är att det bl.a. finns utvecklingsmöjligheter, goda arbetsvillkor och en god arbetsmiljö. Det är angeläget att personalens sammansättning motsvarar befolkningens sammansättning bl.a. vad gäller kön och etnicitet, vilket t.ex. innebär att det krävs fler män i omsorgsarbetet.

## 5 Utvecklingsområde 1: Bättre vård och omsorg om de mest sjuka

**Sammanfattning:** Det är viktigt att äldre och deras anhöriga känner tillit och trygghet till vården och omsorgen om äldre. Det finns i dag brister som behöver rättas till för att tilliten och tryggheten skall öka. Bristerna gäller bl.a. tillgången till rehabilitering och hjälpmedel, hur vårdbehovet för svårt sjuka äldre som är utskrivningsklara från den slutna vården tillgodoses, kvaliteten i vården och omsorgen om demenssjuka, graden av läkarmedverkan i hemsjukvården samt användning och förskrivning av läkemedel. För att komma till rätta med problemen behövs ökat samarbete och samverkan mellan kommuner och landsting. Läkare behöver vara tillgängliga i hemsjukvården, dvs. i såväl ordinärt som särskilt boende, i större utsträckning än i dag. Dessa åtgärder skulle gagna inte bara äldre som är alltför sjuka för att själva söka läkarhjälp utan också de som i dag tvingas söka sig till t.ex. akutsjukvården för ett visst besvär trots att deras helhetsbehov bättre skulle kunna tillgodoses inom ramen för hemsjukvården. De äldres inflytande över vården och omsorgen och förutsättningarna för en god vård kan stärkas genom upprättande av individuella vård- och omsorgsplaner. Läkemedelsgenomgångar kan bidra till ökad livskvalitet och minskat lidande genom att läkemedelsbehandlingarna görs effektivare och biverkningarna minskar. I syfte att stimulera en ambitionshöjning inom vården och omsorgen om de mest sjuka äldre bedömer regeringen att en medelsförstärkning till kommunerna och till landstingen behövs, i enlighet med avsnitt 5.1.1. Regeringen bedömer att huvudansvaret för hemsjukvården bör överföras till kommunerna. Regeringens godkännande enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) skall inte längre krävas för att landstinget skall få överlåta ansvaret för hemsjukvård till kommunen.

Äldre kvinnor och män som har behov av hjälp i det dagliga livet kan få insatser genom kommunens äldreomsorg. Med stigande ålder behöver många människor även insatser från hälso- och sjukvården och där utgör ofta primärvården den första kontakten. I första hand skall vårdbehövande vända sig till primärvårdens mottagningar och där få den hälso- och sjukvård de behöver. Det finns dock många äldre personer som har stora vård- och omsorgsbehov och som av olika skäl har svårt att förflytta sig. De behöver insatser i sin bostad, i ordinärt eller särskilt boende och har ofta insatser både från kommunen och från landstinget. Sjukvård i hemmet, hemsjukvård, innebär att den enskilde får sjukvårdsinsatser inklusive rehabilitering och rehabilitering i hemmet. Personer med stora vård- och omsorgsbehov uppsöker i stor utsträckning akutsjukvården och många äldre personer finns också i den slutna sjukhusvården. I de flesta fall fungerar det akuta omhändertagandet bra i samband med sjukdom eller olycksfall men för en äldre person som t.ex. har drabbats av stroke ställs vårdkedjan på svåra prov. Förutom det akuta omhändertagandet skall bl.a. rehabilitering, hemsjukvård och kommunens omsorg fungera och samverka för att den enskilde skall få den vård och omsorg han eller hon är i behov av. Alltför ofta finns brister i denna vårdkedja.

Personer med stora vård- och omsorgsbehov behöver ofta hålla kontakt med flera olika aktörer både inom kommunens och inom landstingets verksamhetsområden vilket kan skapa svårigheter för den enskilde och dennes anhöriga. Det är inte alltid enkelt för den enskilde att veta vart man skall vända sig för att få vård och omsorg. Även för huvudmännen själva är det ibland svårt att avgöra vem som i ett visst fall har ansvaret. Bristen på samordning mellan huvudmännen kan försvåra de äldres möjligheter till rätt insatser. För att äldre och deras anhöriga skall känna tillit och trygghet till vården och omsorgen är det viktigt att rätta till bristerna, att tydliggöra ansvarsfördelningen mellan huvudmännen samt att förbättra samverkan mellan dem. Det gäller såväl i den övergripande politiska planeringen och det gemensamma prioriteringsarbetet som i det dagliga samarbetet. En modell där olika personalkategorier arbetar i team kring den enskilde är ofta nödvändig för en god kvalitet i vården och omsorgen om de mest sjuka. Det är därför enligt regeringens uppfattning angeläget att vården och omsorgen om äldre personer organiseras så att teamarbete underlättas.

### *Dagens vård och omsorg om äldre*

Kommunerna har enligt socialtjänstlagen (2001:453, SoL) det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver. Det gäller bland annat insatser inom socialtjänsten för äldre personer. Landstingen har det övergripande ansvaret för hälso- och sjukvården enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, HSL). Landstingen skall erbjuda hälso- och sjukvård till dem som är bosatta inom deras områden. Kommunerna har genom ett antal reformer under 1990-talet – Ädelreformen 1992, Handikappreformen 1994 och Psykiatrireformen 1995 – fått ett ansvar för att ge hälso- och sjukvård i vissa fall till äldre personer och personer med funktionshinder.

Genom Ädelreformen övertog kommunerna ansvaret för hälso- och sjukvården (hemsjukvård) till och med sjuksköterskenivå i de särskilda boendeformerna och i dagverksamhet. Kommunerna gavs även befogenheter att erbjuda hälso- och sjukvård i den enskildes ordinära boende (hemsjukvård) och att överta ansvaret för sådan hemsjukvård i det ordinarie boendet efter överenskommelse med landstinget och efter medgivande av regeringen. Kommunernas ansvar och befogenheter kom dock inte att omfatta läkarinsatser, som ligger kvar hos landstingen. Bakom Ädelreformen låg samverkans- och gränsdragningsproblem kring ansvars- och uppgiftsfördelning mellan kommuner och landsting inom vård- och omsorgsområdet. Ett syfte med de förändringar av huvudmannaskapet som genomfördes i samband med reformen var att samla ansvaret för boende, service och vård för personer med långvariga och sammansatta behov av vård och omsorg. I cirka hälften av landets kommuner ansvarar kommunen för hemsjukvården också i ordinärt boende och i resten av landet har landstinget detta ansvar.

I den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken (prop. 1997/98:113) påtalade regeringen att det fanns skäl att skapa ytterligare förutsättningar för huvudmännen att själva välja den form av politiskt och administrativt ansvar för verksamheter inom vård och omsorg som man finner bäst gagnar samordning och samverkan. År 2003 trädde lagen (2003:192) om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet i kraft. Lagen medger inrättande av gemensam nämnd för att fullgöra uppgifter inom vård- och omsorgsområdet, i de fall vård- och omsorgsbehövande har behov av insatser från såväl landstingets hälso- och sjukvård som kommunernas vård och omsorg. Under den gemensamma nämnden kan i stort sett alla nuvarande uppgifter enligt hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen fullgöras. Möjligheten att samverka i gemensam nämnd har hittills utnyttjats i liten utsträckning.

Trots Ädelreformens ambitiösa ansats när det gäller att klargöra ansvarsförhållanden och de utvidgade möjligheterna för kommuner och landsting att samverka i gemensamma nämnder kvarstår enligt regeringens bedömning problem när det gäller vården och omsorgen om dem med störst behov. Det gäller som tidigare nämnts samordningen mellan huvudmännens ansvarsområden samt frågor som rör medicinsk kompetens och läkarmedverkan i kommunal vård och omsorg, kontinuiteten i vården och i tillgången till hjälpmedel.

I april 2003 fick en särskild utredare uppgiften att göra en översyn av vård och omsorg om äldre – tio år efter Ädelreformen (dir. 2003:04). I fokus för uppdraget stod samverkan mellan kommunernas omsorg och hälso- och sjukvård och landstingens hälso- och sjukvård. Målgruppen var främst äldre människor med sammansatta, komplexa eller snabbt föränderliga vård- och omsorgsbehov. Utredaren överlämnade i juni 2004 sina förslag till regeringen i betänkandet Sammanhållen hemvård (SOU 2004:68).

#### *Förändrade behov inom den framtida hemsjukvården*

Äldre personers möjlighet att bo kvar i ordinärt boende har förbättrats betydligt sedan Ädelreformen trädde i kraft. Både hemsjukvården och hemtjänsten har utvecklats och den enskilde kan i dag få vård och

omsorg i ordinärt boende dygnet runt, dagverksamhet, särskilt boende och trygghetslarm m.m.

Bland dem som får vård och omsorg i ordinärt boende finns personer, främst äldre kvinnor, med omfattande behov av vård- och omsorgsinsatser. Det kan röra sig om en äldre, intellektuellt vital person med en sjukdom som successivt har brutit ner kroppen, eller en person som lider av sviterna efter stroke, men vill bo kvar i det egna hemmet med stöd av make eller maka. Det kan också gälla ensamma människor med svåra psykiska problem, som behöver stora insatser för att klara det dagliga livet.

När allt fler och allt sjukare personer behöver hemsjukvård ställs stora krav på kompetensen bland dem som arbetar inom hemsjukvården. Det krävs även samverkan mellan kommunens vård och omsorg och landstingets primärvård, samt med den specialiserade vården och akutvården. I dag är det vanligt att svårt sjuka och döende patienter får vård i hemmet. För att hemsjukvården skall vara ett alternativ till den slutna vården måste den erbjuda trygghet och respekt för den enskilde och dennes anhöriga. Med all sannolikhet kommer allt fler äldre personer att i framtiden vårdas i sitt hem. För att det skall fungera bra förutsätter det att hemsjukvården erbjuder god kontinuitet, hög professionalitet och tillgänglighet. En allt större andel av dem som behöver vård och omsorg kommer att vara utrikes födda. Insatserna för dem kan behöva anpassas efter deras särskilda behov. Den framtida hemsjukvården kommer också att ställa ökade krav på teamarbete och samverkan mellan kommunen och landstinget samt mellan insatser från specialister vid sjukhus och inom rehabilitering. Patienter skrivs i dag ut från sjukhusvård med betydande behov av fortsatt utredning, behandling och rehabilitering. Regeringen anser att hemsjukvården behöver förstärkas och ges en mer ändamålsenlig organisering. Hög tillgänglighet är en förutsättning för en fungerande hemsjukvård. Kontinuitet i form av långvarig behandlingskontakt i en utvecklad vårdrelation är grundläggande i en god hemsjukvård. Teamarbete skall formas utifrån patientens behov och grundas på respekt för de olika yrkesgrupper vars insatser patienten har behov av. Samverkan med andra aktörer i vården måste fungera för att undvika bl.a. dubbelarbete. En utvecklad kompetens för all personal som arbetar i hemsjukvård behövs.

#### *Avancerad hemsjukvård*

Inom hälso- och sjukvården pågår en kontinuerlig strukturuomvandling, där vård förs ut från den specialiserade sjukhusvården till primärvård eller vård i hemmet. Drivkraften bakom denna utveckling är landstingens arbete med att effektivisera och rationalisera sin verksamhet. Härigenom skapas bl.a. nödvändigt utrymme för att investera i ny teknik och nya effektiva metoder.

Äldrevårdutredningen har föreslagit att kommunens ansvar för hemsjukvården inte skall omfatta avancerad hemsjukvård.

Med avancerad hemsjukvård avses sådan hemsjukvård som kräver sjukhusens medicinska eller tekniska resurser eller annan särskild kompetens. Den avancerade hemsjukvården omfattar i nuläget behandling vid t.ex. akuta geriatriska sjukdomar, neurologiska sjukdomar, lungsjukdo-

mar, cancersjukdomar samt vid avancerad palliativ vård. Typiskt för avancerad hemsjukvård är att den ersätter institutionell vård, är läkarledd och teambaserad. Den ges dygnet runt, innehåller kvalificerad medicinsk teknologi och kan ställa krav på att det finns en sjukhussäng tillgänglig för det fall att patienten inte längre kan ges sjukvård i hemmet. Typiskt är också att upptagningsområdet är stort.

Genom utvecklingen inom hälso- och sjukvården, bl.a. vad gäller medicinteknik, kan dock gränserna för vad som faller under avancerad hemsjukvård förändras. Mot bakgrund av att den avancerade hemsjukvården förutsätter tillgång och närhet till sjukhusvård och innefattar kvalificerad och tekniskt avancerad medicinsk kompetens, delar regeringen utredningens uppfattning att det är angeläget att landstingen också fortsättningsvis har ansvar för att bedriva avancerad hemsjukvård.

Bedömningen av om den sjukvård som ges i hemmet är av sådan karaktär att den kräver sjukhusens medicinska eller tekniska resurser eller annan särskild kompetens görs liksom tidigare av den behandlande läkaren vid sjukhuset. För det fall att den behandlande läkaren bedömer att patienten är utskrivningsklar gäller bestämmelserna om vårdplan m.m. i lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård. Vårdplanen upprättas i samarbete mellan företrädare för kommunens socialtjänst, eller hälso- och sjukvård eller landstingets primärvård, öppna psykiatriska vård eller annan öppenvård.

#### *Den slutna sjukhusvården*

Utvecklingen inom den slutna sjukhusvården har medfört att antalet vårdplatser har minskat kraftigt mellan åren 1992 och 2003. Antalet vårdplatser inom den geriatriska vården och akutsjukvården har mer än halverats, samtidigt som antalet personer som är 80 år och äldre har ökat med nästan 22 procent under samma period. De fem procent av befolkningen som är 80 år och äldre utgör närmare 40 procent av patienterna inom akutsjukvården. Av dessa är en majoritet kvinnor. Antalet vård dagar inom sjukhusvården har minskat generellt, och det gäller också för äldre patienter. Det minskade antalet vårdplatser har medfört att patientomsättningen inom sjukhusvården ökar och att vårdtiderna blir kortare. En del av förklaringen till dessa förändringar är den medicinsk-tekniska utvecklingen som möjliggör korta vårdtider och större möjlighet att få vård i öppna vårdformer vilket förbättrar de äldres levnadsvillkor avsevärt och ökar möjligheterna att bo kvar i ordinärt boende.

Många äldre personer behöver insatser både från kommunens vård och omsorg och från landstingets primärvård men uppsöker även akut landstingets slutna vårdformer. Frågan är dock om akutsjukvårdens organisation, rutiner och procedurer är anpassade till äldre personers sammansatta och komplexa behov. Brister i tillgängligheten kan medföra att mycket gamla människor drabbas av långa väntetider på akutintagen. De allt kortare vårdtiderna innebär mindre tid för utredning och behandling. Det är därför enligt regeringen angeläget att förbättra omhändertagandet av äldre inom akutsjukvården t.ex. genom en utvecklad närsjukvård och att förbättra tillgången till medicinsk vård och behandling i det egna hemmet för att om möjligt förhindra behov av sjukhusvård.

Regeringen har i skrivelsen *Vård i livets slutskede* (skr. 2004/05:166) konstaterat att utvecklingen av vården i livets slutskede bör främjas med utgångspunkt från uppföljning och utvärdering av den utveckling som pågår.

Regeringen konstaterar i skrivelsen att patientens önskningar ibland kan vara svåra att tillgodose. Det är ändå viktigt att så långt det är möjligt låta patienten själv få välja var han eller hon vill vårdas under sin sista tid i livet.

För att kunna garantera en god och säker vård i hemmet krävs att det finns möjlighet att ge tillräcklig smärtlindring, liksom att patientens och dennes närståendes behov av hjälp och stöd kan tillgodoses. Särskilt för äldre närstående kan det vara svårt att vårda den döende enbart med hjälp av hemsjukvårdens insatser.

Även om den palliativa vården är väl utbyggd kan det finnas andra orsaker till att en person inte kan vårdas i ordinärt boende. En sådan orsak kan vara att det helt enkelt inte finns några närstående som önskar eller har möjlighet att medverka i vården av den döende.

I skrivelsen anges att målet att kunna erbjuda alla döende en god palliativ vård fortfarande är långt ifrån uppnått. Ambitionen måste vara att sådan vård kan ges oberoende av var man bor och vilken diagnos man har och inte endast inom särskilda enheter för palliativ vård.

Regeringen gav i maj 2005 Socialstyrelsen i uppdrag att främja utvecklingen i landsting och kommuner av vården i livets slutskede och att till regeringen redovisa en bedömning av denna utveckling. I Socialstyrelsens uppdrag ingår att inventera och sammanställa den kunskap om palliativ vård som finns i landet. Socialstyrelsen skall även presentera goda exempel på hur en god vård i livets slutskede kan bedrivas. Detta arbete skall ske i samråd med företrädare för huvudmännen och berörda professioner.

Vidare skall Socialstyrelsen följa utvecklingen av huvudmännens skapande av palliativa team samt huvudmännens utveckling av lokala vårdprogram för vård i livets slutskede.

Socialstyrelsen skall senast den 31 december 2006 återrapportera om det arbete som genomförts i enlighet med uppdraget.

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att i samråd med Sveriges Kommuner och Landsting utarbeta nationella kvalitetsindikatorer inom hälso- och sjukvården. Inom ramen för detta uppdrag skall även kvalitetsindikatorer för den palliativa vården utarbetas. Indikatorer som speglar den patientupplevda kvaliteten och omvårdnadsindikatorer bör betraktas som särskilt viktiga i detta sammanhang. Dessa bör utgå från en gemensam etisk plattform för den palliativa vården. WHO:s definition av palliativ vård, de grundläggande principerna för hälso- och sjukvården (människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen samt kostnadseffektivitetsprincipen) samt Livsuppehållande åtgärder i livets slutskede (Allmänna råd från Socialstyrelsen 1992:2) bör ligga till grund för utarbetandet av de nationella kvalitetsindikatorerna. Arbetet skall ske i samverkan med kommuner och landsting och det är även angeläget att organisationer kan beredas tillfälle att delta i detta arbete. Resultaten från de Genombrottsprojekt som Landstingsförbundet och Svenska Kommun-



förbundet har genomfört bör kunna vara till stor nytta i detta arbete. Ett viktigt led i det projektarbetet har varit att ta fram underlag för hur man skall kunna mäta vårdens kvalitet och metoder för hur man skall kunna förbättra den.

Hösten 2004 bildades Nationella rådet för palliativ vård. Rådet är en multiprofessionell paraplyorganisation för palliativa föreningar och nätverk. Rådet har bl.a. som uppgift och mål att verka för en samordnad vård enligt WHO:s definition av palliativ vård, utgöra ett nationellt forum för utbyte av idéer och information i frågor som rör palliativ vård samt sprida information om palliativ vård till professionen och allmänheten. Regeringen har beslutat att stödja Nationella rådet för palliativ vård med 500 000 kronor år 2005.

#### *Nya modeller för primärvård utvecklas*

De krav som den demografiska och samhällsliga utvecklingen ställer på primärvården har lett till att nya modeller för organisering av primärvården diskuteras och införs i landsting och kommuner. Det finns i dagsläget flera olika primärvårdsmodeller i svensk hälso- och sjukvård. Primärvården är tveklöst ett område som behöver utvecklas och regeringen ser positivt på att landsting och kommuner fortsätter pröva olika modeller för organisering av primärvården.

En variant som vuxit fram de senaste åren i flertalet landsting är den s.k. närsjukvården, vilken är en verksamhet med fokus på patienter som har behov av kontinuitet, långsiktighet och helhetsperspektiv i vården och omsorgen. Detta avser t.ex. äldre personer med många sjukdomar eller personer med olika kroniska sjukdomar. Utvecklingen av verksamheten präglas av ett tydligt regionalt eller lokalt perspektiv. Närsjukvården finns i många olika former beroende på de lokala eller regionala behoven och organisationsformerna. Som exempel kan nämnas äldre vårdscentraler, eller olika former av närsjukvårdsavdelningar. Verksamheten omfattar vanligtvis insatser för sjukvårdsbehov som är vanligt förekommande i befolkningen, ofta förekommande för individen och samhällsekonomiskt rimliga att bedriva lokalt. Ett gemensamt kännetecken för verksamheten är vidare att den syftar till att förbättra samverkan mellan landstingets primärvård och specialiserad, ofta sjukhusanknuten, vård samt kommunal hälso- och sjukvård. Normalt sett utgör landstingets primärvård basen i systemet.

I flertalet landsting betonas närsjukvård som en funktion snarare än en organisation. Arbetssätt och vägar för kommunikation och information betonas framför formella strukturer. Arbetet för att få till stånd en fungerande närsjukvård tycks till stor del handla om att klargöra ansvar och att utveckla samarbetsformer. I flera fall har samverksansavtal upprättats för detta syfte. Som exempel på samverkansprojekt kan bl.a. nämnas HOP-projektet som står för samverkan mellan kommunerna Hässleholm, Osby och Perstorp, primärvården och Hässleholms sjukhusorganisation i arbetet kring hjärt-kärlsjukdomar, stroke och sår. Arbetet bedrivs processinriktat för att genom samverkan uppnå bättre vård för gemensamma närsjukvårdspatienter tillsammans med olika professioner från de berörda aktörerna. Nya arbetssätt har ersatt gamla och i dag åker specialistsköterska, specialistläkare och kurator från sjukhuset till vårdcentralen eller

det särskilda boendet där patienten får behandling ”nära”. Erfarenheterna från samarbetet ligger också till grund för det fortsatta arbetet med andra patientgrupper.

Ett annat exempel är Solna Äldrevårdscentral som öppnade den 30 januari 2006. Vårdcentralen tar emot personer som är 75 år och äldre och som har ett stort behov av vård och omsorg. Mottagningens läkare och distriktssköterskor har möjlighet att göra hembesök, även akut, och tanken är att det skall bli ett nära samarbete mellan äldrevårdscentralen, biståndsbedömarna och hemtjänsten.

#### *Utvecklingsbehov inom demenssjukvården*

Demenssjukdomarna är den fjärde största gruppen bland folksjukdomarna och är därmed ett av samhällets största medicinska och psykosociala problem. År 2003 beräknades antalet demenssjuka till omkring 139 000 personer. Antalet nyinsjuknade personer beräknas till cirka 25 000–30 000 per år. Till detta kommer ett okänt antal personer med tidiga och svårtolkade symtom. År 2010 beräknas att cirka 150 000 personer har en demenssjukdom och år 2030 beräknas antalet personer till över 200 000. Demenssjukdomarna är oftast långdragna och leder till svårt psykiskt lidande för de drabbade och deras anhöriga. Risken att insjukna i en demenssjukdom ökar kraftigt med stigande ålder, men demens kan börja även i yngre år, ibland redan i 40-årsåldern.

Det är inte möjligt att inom överskådlig framtid bota personer med demens. Målsättningen med vårdinsatserna är istället att skapa förutsättningar för ett gott liv i gemenskap med anhöriga och vänner så långt och länge det är möjligt. Genom att arbeta mot samma mål med medicinsk behandling, teknikstöd och hjälpmedel samt omvårdnadsinsatser kan förutsättningar skapas för att den demenssjuke på ett positivt sätt skall kunna stanna i sin hemmiljö.

Kunskaperna om demenssjukdomar och vad som skapar en god demensvård har fördjupats de senaste 15 åren. Även kunskapsnivån inom verksamheter som bedriver demensvård har ökat men den är ojämnt spridd över landet och mellan olika verksamheter. För att ytterligare öka möjligheterna att bota och lindra symtom samt att öka livskvaliteten för de demenssjuka och deras anhöriga är det därför viktigt med fortsatt kunskapsutveckling inom demensområdet. Kunskapsutveckling behövs också för att som en följd av den demografiska utvecklingen möta allt fler personer som insjuknar i demenssjukdomar. Förutom att antalet demenssjuka ställer stora krav på vårdorganisationen i sin helhet, medför det också krav på att organisationen av demensutredningarna fungerar, liksom utformningen av vården i livets slutskede för den demenssjuke.

En arbetsgrupp inom Regeringskansliet fick år 2002 i uppgift att sammanställa befintlig kunskap om situationen för personer med demenssjukdomar och deras anhöriga, samt att identifiera utvecklingsområden där åtgärder behöver sättas in. Demensarbetsgruppen överlämnade sina förslag i departementspromemorian På väg mot en god demensvård (Ds 2003:47) i oktober 2003. Arbetsgruppen konstaterade att det finns många exempel på en väl fungerande demensvård, men att insatserna är mycket ojämnt utvecklade och att samverkan mellan huvudmännen inte sällan har brister. Spetskompetens och strategier för att utveckla demens-

vården behöver utvecklas. Samtidigt finns en god beredskap att utveckla demensvården i de flesta landsting och kommuner. Regeringen bedömer att det finns förutsättningar att med en bättre fungerande samverkan, mer medveten strategisk planering och satsning på spetskompetens, åstadkomma kvalitetsförbättringar på detta område. Socialstyrelsen har i uppdrag att utveckla riktlinjer och annan vägledning för demensvården. En lägesredovisning skall lämnas senast den 31 december 2006.

### *Patientsäkerhet*

Patientsäkerhet och kvalitetssäkring i hälso- och sjukvården är frågor som i hög grad påverkar den enskildes möjligheter att få en god och trygg vård. Varje år skadas patienter, eller riskerar att skadas, i hälso- och sjukvården. Förutom det lidande som den enskilde patienten och dennes anhöriga upplever är detta förhållande inte heller acceptabelt ur samhällets perspektiv. Alla människor har rätt till en trygg och säker vård.

Säkerhet i vården innefattar många olika delar, såsom ett fungerande rapporteringssystem där misstag som sker dokumenteras och återförs till sjukvården för att bidra till att brister åtgärdas. Det handlar också om att se till att de patienter som har ett stort behov av samordning av sina vårdinsatser också får det samt att behovet av kontinuitet för den enskilde kan tillgodoses.

Patientsäkerhet har under de senaste åren uppmärksammats som en av de viktigaste frågorna för hälso- och sjukvården. Detta har visat sig i ett stort engagemang från sjukvårdshuvudmännen och Socialstyrelsen samt patient- och yrkesorganisationerna. Även från försäkringssektorn märks ett stort intresse då brister i patientsäkerheten också kan medföra stora ekonomiska konsekvenser.

Patientsäkerhetsfrågor innefattar även problematiken kring vårdrelaterade sjukdomar. Vårdrelaterade sjukdomar är ett exempel på område där en ökad samordning är av stor betydelse. Som i många andra länder är det svenska hälso- och sjukvårdssystemet organiserat så att en kort period av akut inläggning på sjukhus följs upp med behandling på omvårdnadsenheter, primärvårdskliniker eller hemma. De äldre kan därför ha ett flertal kontakter med hälso- och sjukvården och äldreomsorgen. Personalen inom hälso- och sjukvården och äldreomsorgen har i sin tur många olika kontakter med äldre vilket ökar risken för förekomst av vårdrelaterade sjukdomar och spridning av smittsamma sjukdomar. Ett gemensamt synsätt på arbetet mot vårdrelaterade sjukdomar är ett exempel på område där en reglering som främjar samordning är viktig.

Säkerhet i vården innebär också att patienter och anhöriga skall ha möjlighet att klaga och påtala brister i vården. I varje landsting och kommun skall det finnas en eller flera patientnämnder med uppgift att stödja och hjälpa patienter. Patientnämnderna skall bl.a. främja kontakter mellan patienter och vårdpersonal, hjälpa patienter att vända sig till rätt myndighet och rapportera iakttagelser och avvikelser av betydelse för patienterna till vårdgivare och vårdenheter. Sedan år 1999 omfattar regleringen all offentligt finansierad hälso- och sjukvård samt vissa socialtjänstfrågor inom äldreomsorgen.

Socialstyrelsen är statlig tillsynsmyndighet för hälso- och sjukvård. Styrelsen genomför tillsynsaktiviteter både med anledning av anmäl-

ningar från den medicinska verksamheten och från patienter eller närstående. Tillsynen syftar till att förebygga skador och eliminera risker inom vården.

Som patient har man också möjlighet att vända sig till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) om man anser att någon yrkesutövare inom hälso- och sjukvården har åsidosatt sina skyldigheter.

Om man skadas inom hälso- och sjukvården eller om man skadas av läkemedel, kan man som skadelidande vända sig till Patientförsäkringen och Läkemedelsförsäkringen.

#### *Personalsituationen för vissa yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården*

Tillgången på distriktssköterskor varierar inom landet. Enligt uppgifter från Socialstyrelsen som har i uppdrag att årligen analysera och bedöma tillgång och efterfrågan på hälso- och sjukvårdspersonal, är tillgången (antal distriktssköterskor per 100 000 invånare) högst i norra Sverige och lägst i Stockholmsregionen. Antalet distriktssköterskor i landet har ökat med cirka 7 procent sedan år 1998 och det anses för närvarande inte vara ett bristyrke. Inom den kommunala vården och omsorgen arbetar drygt 12 200 sjuksköterskor. Medelåldern är relativt hög, cirka 65 procent är 45 år och äldre och cirka 30 procent är 55 år eller äldre, vilket kommer att medföra stora pensionsavgångar och därpå följande behov av nyrekrytering de kommande tio åren.

När det gäller allmänläkare så är detta den läkarspecialitet som har ökat mest de senaste åren, dock inte i samma takt som den målsättning som angavs i den Nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården (prop. 1999/2000:149). Målet är att antalet allmänläkare år 2008 skall uppgå till 6 000. Tillgången på allmänläkare varierar också inom landet och antalet läkare per 100 000 invånare är högst i Norrbotten och lägst på Gotland.

Enligt uppgift från Dietisternas Riksförbund, DRF, finns i dag cirka 400 dietister verksamma inom hälso- och sjukvården, varav endast 9,65 återfinns inom kommunsektorn. Under de senaste 5 åren har sammanlagt 250 dietister utexaminerats från högskolan. År 2005 antogs totalt 86 personer till dietistutbildningarna vid universiteten i Göteborg, Umeå och Uppsala. Det finns för närvarande ingen brist på dietister, men efterfrågan på personer med sådan utbildning kan förväntas öka till följd av ett ökat intresse och större medvetenhet om kostens betydelse för människor i alla åldrar.

Tillgången på personal som arbetar med rehabilitering är i dag relativt god. Behovet av arbetsterapeuter, sjukgymnaster och kuratorer förväntas dock öka till följd av en åldrande befolkning och ökade satsningar på förebyggande hälsovård och rehabilitering. År 2003 arbetade 8 400 som arbetsterapeuter och 11 600 som sjukgymnaster. Ungefär 380 arbetsterapeuter (92 procent kvinnor) och 425 sjukgymnaster (75 procent kvinnor) utexaminerades samma år. Båda yrkesgrupperna är i mycket hög grad kvinnodominerade.

Regeringen fattade i december 2005 beslut om ändringar av läkarnas specialistindelning. Den nya strukturen omfattar totalt 56 specialiteter och indelas i bas-, gren- och tilläggspecialiteter.

I flera rapporter har konstaterats att vård och omsorg om de äldre brister i flera avseenden. De största bristerna som oftast lyfts fram rör de som är mest sjuka samt de som har flera sjukdomar. Det är därför av stor vikt att stärka tillgången på sjukvårdspersonal, till exempel geriatriker, med särskilda kunskaper om äldres sjukdomstillstånd. Regeringen har därför beslutat att geriatriken skall bli en basspecialitet i den nya indelningen.

## 5.1 Förstärkning av vården och omsorgen om de mest sjuka äldre

### 5.1.1 Resursförstärkning till kommuner och landsting

**Regeringens bedömning:** I syfte att stimulera en ambitionshöjning bedömer regeringen att det behövs förstärkta resurser till kommunerna samt till landstingen för att förbättra vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. Regeringen bedömer att det behövs medel för personalförstärkning och åtgärder för att uppnå en kvalitetshöjning inom vården av de mest sjuka äldre. Medlen skall bl.a. användas till rehabilitering, nutritionsarbete, läkemedelsgenomgångar och förstärkt läkarmedverkan. Regeringen avser att återkomma i 2006 års ekonomiska vårproposition.

**Skälen för regeringens bedömning:** I stort sett samstämmiga uppgifter pekar på att det finns behov av att förbättra vården och omsorgen om äldre med omfattande behov. Det handlar om personer som behöver hjälp med nästan allt som rör det dagliga livet, som personlig omvårdnad, klä på och av sig, hjälp med mat, inköp samt städning och tvätt. Personer med stora och omfattande behov har ofta behov av hjälp dygnet runt med insatser både från hemtjänsten och från hälso- och sjukvården som hem-sjukvård eller annan sjukvård. Under en följd av år har det kommit uppgifter om kvalitetsbrister i vården och omsorgen om de mest sjuka bl.a. avseende brister i läkartillgänglighet och samverkan mellan huvudmännen. Vidare finns kvalitetsbrister vad avser mat och näring, det sociala innehållet i vården och omsorgen samt kontinuitet i insatserna. Socialstyrelsen bekräftar denna bild i sin lägesrapport för 2005. Det är uppenbart att samverkan mellan huvudmännen måste fungera bättre än i dag vad gäller planering och samordning av insatserna inom framförallt rehabiliteringsområdet.

Många äldre personer med omfattande behov av vård och omsorg behöver få bättre stöd i landstingets hälso- och sjukvård. Att äldre personer med omfattande behov av vård och omsorg i hemmet alltför sällan träffar en läkare är ett problem som uppmärksammas under många år. Det finns också behov av regelbundna genomgångar av äldres läkemedel.

Sammantaget behöver ambitionsnivån höjas vad gäller vården och omsorgen om de mest sjuka. Det är därför angeläget med ett statligt engagemang för att stimulera kommuner och landsting till nödvändiga

prioriteringar. Regeringen redogör i denna proposition för sin syn vad gäller viktiga förbättringsområden.

Regeringen avser att i 2006 års ekonomiska vårproposition återkomma med förslag om ett särskilt statsbidrag för att ge utrymme för bl.a. personalförstärkningar och andra åtgärder i kommuner och landsting vad gäller vården och omsorgen om de mest sjuka äldre.

Satsningen skall utformas så att kommuner och landsting ges möjlighet att utforma vården och omsorgen utifrån sina lokala förutsättningar. Den bör även stärka alla delar i vårdkedjan samt förbättra den äldres möjligheter att påverka hur insatserna utförs.

Regeringen återkommer i 2006 års ekonomiska vårproposition angående år 2006 och behovet av medel för därefter följande år.

### 5.1.2 Kommunen bör ansvara för sjukvården i en sammanhållen hemvård

**Regeringens förslag:** Regeringens godkännande enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) skall inte längre krävas för att landstinget skall få överlåta ansvaret för hemsjukvård till kommunen.

**Regeringens bedömning:** Huvudansvaret för hemsjukvården bör överföras till kommunerna. Regeringen avser att under hösten 2006 återkomma med lagförslag i denna del.

**Äldrevårdsutredningens förslag:** Utredningen föreslår att kommunen enligt lag skall ha ansvar för hälso- och sjukvård i såväl ordinärt som i särskilt boende och skall i en sammanhållen hemvård ansvara för de samlade sociala och medicinska insatserna inklusive rehabilitering och hjälpmedel.

**Remissinstanserna:** Majoriteten av de remissinstanser som kommenterat frågan om ett förändrat huvudmannaskap för hälso- och sjukvården i det ordinära boendet, bl.a. de flesta *kommuner*, *Socialstyrelsen*, *Handikappombudsmannen*, *Sveriges läkarförening*, *Sveriges Socialchefer*, *Akademikerförbundet*, *Svensk Förening för Geriatrik och Gerontologi*, *Riksförbundet för MAS*, *SKTF*, *Sveriges Läkareförbund*, de flesta *länsstyrelser*, *pensionärsorganisationerna* samt *Kommunförbundet Gävleborg* är positiva till utredningens huvudförslag och anser att det är en riktig utveckling. Flera remissinstanser bl.a. *Svenska kommunalarbetareförbundet*, *Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter*, *Sveriges psykologförbund*, *Sveriges pensionärsförbund* och *Piteå kommun* anser att hela primärvården bör tas över av kommunen, vilket skulle innebära ett tydligt huvudmannaskap för medborgarna. Det skulle förenkla tillgängligheten och ge förutsättningar för bättre kvalitetssäkring. Några remissinstanser, bl.a. *Gävleborgs läns landsting*, *Norrbottnens läns landsting*, *Vilhelmina kommun*, *Stockholms kommun*, *Linköpings kommun*, *Järfälla kommun* och *Malmö kommun* anser att Ansvarskommitténs slutsatser bör avvaktas innan en förändring av huvudmannaskapet genomförs. Ett antal remissinstanser, exempelvis *Stockholms läns landsting*, *Västernorrlands läns landsting*, *Ydre kommun* och *Örebro läns landsting* är positiva till en sammanhållen hemvård men anser att övertagandet skall ske på frivillig väg och avstyrker därför utredningens förslag om ett lagstadgat förändrat

huvudmannaskap. *Svenska Kommunförbundet* och *Landstingsförbundet* avvisar förslaget om ett generellt huvudmannaskapsbyte för hemsjukvården och anser att det bör ske på frivillig väg. *Socialstyrelsen* anser att det finns goda skäl att i hela landet skapa en samlad kommunal hemvård, utan att avvakta eventuella förslag från Ansvarskommittén om mer långtgående förändringar i ansvars- och uppgiftsfördelning inom vård och omsorg. Några remissinstanser tar upp risken för nya eller flyttade gråzoner och att förslaget inte löser samordningsproblemen mellan vårdgivarna. *Skåne läns landsting* anser att det finns en stor risk att en likriktning i hela landet snarare hämmar utvecklingen än gynnar den. En bidragande orsak till att *Statskontoret* är tveksam till förslaget är att ansvaret för läkarinsatserna föreslås ligga kvar på landstingen. Så länge det är så kommer det att uppstå oklarheter kring vem som ansvarar för olika insatser. *Hjälpmiddelsinstitutet* pekar på att det finns behov av att särskilt uppmärksamma samverkan inom hjälpmedelsverksamheten vid en eventuell förändring av huvudmannaskap.

**Skälen för regeringens förslag och bedömning:** Den medicinska utvecklingen under 1990-talet har medfört att vårdtiderna vid sjukhusvård förkortats betydligt och att människor har möjlighet att få vårdinsatser polikliniskt eller i sitt ordinära boende. Genom hemsjukvården kan människors livskvalitet och autonomi öka. De kortare vårdtiderna är i huvudsak positiva för de flesta människor. Kortare vårdtid är dock förknippad med risker vid överföring från sluten till öppen vård och omsorg. Speciellt stora risker föreligger för människor med sammansatta eller snabbt föränderliga vård- och omsorgsbehov som skrivs ut från sluten vård med betydande behov av fortsatt utredning, behandling, rehabilitering och sjukvård. I framtiden kommer sannolikt allt fler och allt sjukare personer att få sin vård i sitt ordinära boende i stället för vid sjukhus, vilket ställer höga krav på att hemsjukvården är tillgänglig, att personalen har hög kompetens och att samverkan mellan olika aktörer fungerar. Det är därför angeläget att förstärka och utveckla hemsjukvården under de närmaste åren.

Dagens ansvarsfördelning mellan kommuner och landsting är otydlig och riskerar att skapa konflikter mellan huvudmännen. Det kan medföra att den enskilde inte får den vård och omsorg som han eller hon behöver. Ett väl fungerande samarbete mellan olika yrkeskategorier och verksamheter är en viktig förutsättning för att kunna tillgodose vårdbehoven i det enskilda fallet. Äldrevårdsutredningen konstaterar att landsting och kommuner har svårast att komma överens om en bra arbetsfördelning i de kommuner där landstinget har kvar ansvaret för hemsjukvården.

Äldrevårdsutredningen föreslår att kommunens hälso- och sjukvårdsansvar i hemvården skall omfatta sådana insatser som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens (avancerad hemsjukvård). Den exakta avgränsningen av vilka åtgärder som faller under begreppet avancerad hemsjukvård kan förändras, bl.a. genom den medicinsk-tekniska utvecklingen inom hälso- och sjukvården. Bedömningen av om den sjukvård som ges i hemmet är av sådan karaktär att den kräver sjukhusens medicinska eller tekniska resurser eller annan särskild kompetens skall liksom tidigare göras av den behandlande läkaren vid sjukhuset.

Parallella organisationer för vården och omsorgen skapar onödiga kostnader och en oklar ansvarsfördelning. Med ett samlat huvudmannaskap ökar förutsättningarna för att de medicinska och sociala insatserna kan integreras till en helhet. Ett samlat ansvar för vården och omsorgen om äldre ger bättre förutsättningar för en väl fungerande hemsjukvård. För den enskilde behövs ett team och ett samlat ansvar som kan se till att insatserna planeras och genomförs på ett sätt som tillgodoser den enskildes samlade behov. Både socialt och medicinskt utbildad personal behöver arbeta i team i den enskildes bostad. I dag har landstingen enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) huvudansvaret för hemsjukvården, med undantag för särskilda boenden och dagverksamhet. Cirka hälften av landets kommuner har slutit avtal med landstinget om att kommunerna helt eller delvis ansvarar för hemsjukvården. Det finns exempel där kommuner och landsting funnit en väl fungerande lösning och där inblandade parter är nöjda med fördelningen. Att i enlighet med utredningens förslag helt flytta över ansvaret för hemsjukvården till kommunerna är därför enligt regeringens bedömning inte önskvärt. Regeringen avser att i budgetproposition för år 2007 föreslå en reglering som innebär att huvudansvaret för hemsjukvården överförs från landstingen till kommunerna samt att kommuner och landsting tillåts genom avtal komma överens om en annan lösning. En huvudmannaskapsförändring medför dock ett behov av skatteväxling mellan landsting och kommuner. För att möjliggöra detta krävs ändringar i regleringen av det kommunalekonomiska utjämningsystemet. Dessutom kan en huvudmannaskapsförändring underlättas av att kommunerna i ett län ges möjlighet att under en övergångsperiod ge eller ta emot bidrag sinsemellan i en så kallad mellankommunal utjämningslösning. Detta kan behövas för att överbrygga skillnader mellan en intäktsökning och en kostnadsökning för en övertagen verksamhet. Regeringen avser därför att under hösten 2006 återkomma till riksdagen med sådana förslag. Det finns dock anledning att redan dessförinnan underlätta kommunernas övertagande av ansvaret för hemsjukvården. Kravet på att regeringen skall godkänna landstingets överlåtelse av ansvaret till kommunen skall därför tas bort.

### 5.1.3 Stärkt läkarmedverkan

**Regeringens förslag:** Enligt en ny bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) skall landstinget sluta avtal med kommunerna inom landstinget om omfattningen av och formerna för läkarmedverkan i särskilda boenden och i dagverksamhet. Detsamma gäller i ordinarie boende om en kommun ansvarar för den vården. Om landstinget inte uppfyller sina skyldigheter enligt avtalet att tillhandahålla läkare har kommunen rätt att på egen hand anlita läkare och få ersättning för sina kostnader för det från landstinget.

**Äldrevårdsutredningens förslag:** Överensstämmer i huvudsak med regeringens förslag.

**Remissinstanserna:** Samtliga remissinstanser som har uttalat sig instämmer i utredningens bedömning beträffande de ekonomiska ersättningsystemen för läkare. En majoritet av remissinstanserna tillstyrker



förslaget att landsting och kommuner skall vara skyldiga att ingå avtal när det gäller läkarmedverkan. *Svenska Kommunförbundet* och *Lands­tingsförbundet* tillstyrker förslaget om överenskommelse om läkarinsatser. Förbunden utgår från att frågan om läkarmedverkan kommer att utvecklas i positivt samförstånd och med hänsyn till lokala förutsättningar. *Fammi* anför att avtalen skall vara ömsesidiga, innehålla de kompetenskrav som kommunen skall sträva efter och ange vilken sjuksköterskebemanning som skall finnas i den kommunala verksamheten. Bl.a. *Jämtlands läns landsting* anför att det skall vara lokala avtal mellan kommunen och landstinget utifrån lokala behov. *Stockholms läns landsting* betonar att det är det aktuella vårdbehovet som måste vara avgörande för vilka läkarinsatser som skall ges. *Varbergs kommun* anför att landstinget kan ha svårigheter att bedöma behovet av läkarinsatser i hemvården eftersom det inte har ansvaret för hemsjukvården i övrigt. I avtalen bör därför kommunens bedömning av behovet vara riktmärke. *Göteborgs kommun* anser att ansvaret för att insatta resurser motsvarar behoven måste ligga kvar på landstinget. Några remissinstanser är tveksamma till eller avstyrker äldrevårdsutredningens förslag i denna del. *Svenska kommunalarbetareförbundet* ställer sig tveksamt till om den lösning som föreslås är tillräcklig och om den inte snarare riskerar att göra samverkan mellan huvudmännen mera konfliktfylld än i dag. *Norbottens läns landsting* befarar att de krav som utredningen ställer på ökad läkarmedverkan i hemvården kan leda till försämrad tillgänglighet till allmänläkare för övriga grupper. *Uppsala kommun* påpekar att ett skriftligt avtal om läkarmedverkan inte garanterar läkarinsatser i tillräcklig utsträckning i hemsjukvården.

En majoritet av remissinstanserna är positiva till förslaget om kommunens rätt att anlita läkare om landstinget inte fullgör sitt ansvar. *Skövde kommun* anför att kommunen genom förslaget inte blir utlämnade till huruvida landstinget har tillräckliga läkarresurser eller inte. Flera remissinstanser är tveksamma till eller avstyrker förslaget. *Varbergs kommun* anför att förslaget kan få svårt att fungera i realiteten. *Stockholms kommun* anför att den vanligaste orsaken till att landstinget inte uppfyller sina skyldigheter är svårigheten att rekrytera läkare. *Ale kommun* menar att förslaget riskerar att göra ansvaret otydligt. *Sveriges läkareförbund* anser att det finns otydligheter i denna del, bl.a. avseende vem som skall ha tolkningsföreträde vid oenighet. *Socialstyrelsen* anför att den föreslagna bestämmelsen kan riskera att förstärka kontinuitets- och samordningsproblemen och i värsta fall försvåra samarbetet mellan huvudmännen. *Fammi m.fl.* invänder att det kan bli tidskrävande och svårt för kommunen att anlita andra läkare om landstinget inte fullgör avtalet. *Uppsala läns landsting* och *Västra Götalands läns landsting* anför att problem som kan finnas kring läkarmedverkan i hemvården bör lösas lokalt och i samförstånd mellan huvudmännen.

### **Skälen för regeringens förslag**

#### *Utgångspunkter*

Landstinget ansvarar enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, HSL) för att en god hälso- och sjukvård erbjuds dem som är bosatta i lands-

tinget. I detta ansvar ingår bl.a. att tillse att vården är av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet och att vården är lätt tillgänglig samt främjar goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen. Det skall finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att en god vård skall kunna ges. I landstingets ansvar ingår vidare att organisera primärvården så att alla som är bosatta inom landstinget får tillgång till och kan välja en fast läkarkontakt som har specialistkompetens i allmänmedicin. Att vården skall vara lätt tillgänglig innebär att vårdmottagningar bör förläggas så att det vid behov är lätt för vem som helst att ta sig dit. I andra fall kan en lämpligare lösning vara att läkaren eller distriktssköterskan kommer hem till den som behöver vård eller tillsyn i hemmet.

Kraven på hemsjukvård har ökat i takt med att allt fler önskar att få sin vård och omsorg i hemmet även vid svåra sjukdomar. En allt större del av vården sker i dag utanför sjukhus. Utvecklingen av hemsjukvården har enligt en rapport från Svensk förening för allmänmedicin och Familjemedicinska institutet, Fammi, i alltför hög grad skett utan familjeläkarnas aktiva medverkan. Hemsjukvårdens patienter har ofta starkt nedsatt autonomi och är därför i särskilt hög grad beroende av att den medicinska vården och omsorgen anpassas till dessa förutsättningar.

Läkarens engagemang har stor betydelse för vilken trygghet övriga i vårdteamet upplever i de medicinska frågorna. På många håll i landet fungerar samverkan väl, med god läkarkontinuitet, goda möjligheter till hembesök, god läkartillgänglighet, tidsplanerade insatser och ett fritt val av familjeläkare som medför att behovet av sjukhusvård kan minska. På andra håll saknas det dock ett fullgott läkarstöd till personer som får hemsjukvård i ordinärt boende eller i särskilt boende, trots initiativ på central och lokal nivå. Det finns en grupp människor, främst äldre med stora vård- och omsorgsbehov som av olika skäl har svårt att förflytta sig till en mottagning och som därför behöver insatser i sin bostad. Hemsjukvårdspatienten träffar sin läkare mer sällan än andra i samma ålder, trots att dessa patienter kan antas ha relativt sett större medicinska behov. De ofta svårt sjuka patienterna får alltför sällan träffa läkare, vilket medför att patienter som skulle ha kunnat få hjälp med sina besvär och sin oro hemma tvingas att uppsöka sjukhusens akutmottagningar och till följd av detta ökar besöken och inläggningarna vid sjukhus. Detta medför svåra påfrestningar för individen. För en sjuk och svag äldre människa kan det vara förenat med stora ansträngningar att ta sig till en vårdcentral eller ett sjukhus. Att dessutom ofta tvingas vänta för att få träffa en läkare medför ytterligare en påfrestning. Detta är vare sig vård- eller kostnadseffektivt.

I Socialstyrelsens utvärdering Läkartid för äldre, (Socialstyrelsen 2001) framgår att alla primärvårdsläkare har äldre patienter men att insatser i särskilt boende görs av 30 procent av läkarna. Flertalet läkare gör inte hembesök. Drygt en tredjedel av läkarna använder mindre än 20 procent av nettoarbetstiden (arbetad tid exklusive frånvaro på grund av sjukdom, tjänstledighet etc.) till äldre. Ungefär två tredjedelar av den tid läkarna ägnar åt de äldre används till direkta patientkontakter i form av besök och telefonrådgivning. Mottagningsbesöken dominerar och patienterna är i de flesta fall äldre i ordinärt boende. Hembesök utgör en mindre andel av nettoarbetstiden och görs främst hos patienter i särskilt

boende. Möjligheten att få hembesök av läkare i ordinärt boende är mycket begränsad. Det kan enligt Socialstyrelsen förekomma att äldre får stå tillbaka vid hög belastning på mottagningen eftersom primärvården har många uppgifter och det är nödvändigt att prioritera. Såväl läkare som en stor andel av distriktssköterskorna är "låsta" vid mottagningen och har för lite tid för hembesök och för kontakter med kommunens vård- och omsorgspersonal. De äldre som många gånger har störst behov av vård får en sämre tillgång till läkarvård, vilket inte är i enlighet med hälso- och sjukvårdslagens krav på vård på lika villkor.

Effekten av den bristande tillgängligheten till läkare är negativ både för patienten och för samhällsekonomi, eftersom individer kan tvingas uppsöka akutsjukvården i brist på andra alternativ. Akutmottagningen är inte rätt plats för de utredningar och den vård- och omsorgsplanering som dessa personer behöver. Väntetiderna på mottagningarna för äldre personer med sammansatta sjukdomar är långa och tiden medger endast summariska utredningar. Många av de inläggningar som sker vid sjukhusen skulle ha kunnat undvikas, enligt Socialstyrelsens rapport.

#### *Förbättrade incitament för läkares medverkan i hemsjukvården*

Att förbättra läkarmedverkan i den kommunala vården ingår som en viktig åtgärd i den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvård (prop. 1999/2000:149) och den överenskommelse under den nationella handlingsplanen som träffades mellan staten, Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet för åren 2001–2004 samt de fortsatta överenskommelser under den nationella handlingsplanen som träffats mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting för åren 2005–2007.

Regeringen anser att läkarens engagemang i vård- och omsorgsplaneringen och möjlighet att göra planerade hembesök har stor betydelse för att de enskilda och deras närstående skall känna sig trygga. Det är också viktigt för att alla andra som medverkar i vården och omsorgen av den enskilde skall få det stöd de behöver i medicinska frågor. Kontinuerlig medverkan av läkare och god tillgänglighet gör att akuta insatser kan undvikas. Det möjliggör också för läkaren att bedöma patienten ur ett helhetsperspektiv i dennes egen miljö. En förbättrad läkarmedverkan kan även förhindra att patienter skickas till sjukhus i fall där de inte behöver sjukhusets resurser. Hembesök utgör av allt att döma en alltför liten del av familjeläkarens verksamhet, vilket medför att patienterna hänvisas till att få sin läkarvård genom indirekta konsultationer via annan vårdpersonal. Regeringen anser därför att det finns starka skäl för att familjeläkarna skall utveckla en mer aktiv roll inom hemsjukvården. Personer inom särskilda boendeformer och i det ordinära boendet som har hemsjukvård behöver tillförsäkras läkare på motsvarande sätt som de som själva kan uppsöka vården. Det innebär att läkarvård måste finnas tillgänglig för hembesök, vilket också är en förutsättning för att undvika onödiga sjukhusinläggningar.

Det finns många exempel på hur kommuner och landsting har samverkat kring frågan om läkarmedverkan i hemsjukvården. Vissa kommuner och landsting har t.ex. träffat lokala samverkansavtal om detta. Avtalen har dock många gånger visat sig vara otillräckliga, bl.a. vad gäller omfattning och innehåll. Mottagandet från remissinstanserna av äldrevårdsutredningens förslag i denna del visar att det finns ett behov av att huvudmännen i ökad utsträckning och omfattning träffar avtal om läkares medverkan i hemsjukvården. Det finns behov av en ökad tydlighet på området.

Regeringen föreslår mot denna bakgrund att landstinget och kommunerna inom det aktuella landstingets område skall träffa avtal om omfattningen och formerna för läkarinsatser i hemsjukvården i både ordinärt och särskilt boende samt i dagverksamhet. Ett skriftligt avtal mellan kommun och landsting skall reglera omfattning och innehåll av läkares insatser i hemsjukvården anpassat till lokala förhållanden. Oberoende av om hemsjukvårdsteamets personal har olika huvudmän är deltagande och samverkan i teamet av största betydelse för vårdens kvalitet. Det innebär ett gemensamt ansvar för arbetsformer, tillgänglighet, kompetenshöjande insatser m.m. Det är viktigt att slå fast betydelsen av detta i avtalet mellan landstinget och kommunen. Avtalet skall i möjligaste utsträckning vara konkret och ange omfattningen och formerna för läkarinsatser i den kommunala hemsjukvården med utgångspunkt från patienternas behov. Avtalet bör vidare reglera vad som skall gälla vid tillfälligt ökade eller minskade behov av läkarmedverkan. Regeringen avser att närmare precisera vad avtalen skall innehålla. För det fall landstinget inte uppfyller sitt åtagande enligt avtalet skall kommunen ha rätt att anlita läkare samt få kostnader för detta ersatta av landstinget.

Avtalet bör omprövas löpande, t.ex. årligen, för att på bästa sätt återspegla de aktuella behoven av hemsjukvård. Regeringen avser att ge Socialstyrelsen i uppdrag att följa upp och utvärdera förekomst och omfattning av avtalen om läkarmedverkan i hemsjukvården samt utvecklingen på detta område.

Regeringen kommer att noga följa utvecklingen och Socialstyrelsens uppföljningar och avser att vid behov återkomma med förslag på området om det visar sig att avtalskonstruktionen inte fungerar som avsett.

#### *Kommunen får anlita läkare om landstinget inte uppfyller avtalet*

Den föreslagna skyldigheten för kommuner och landsting att ingå avtal om läkarmedverkan i den kommunala hemsjukvården är enligt regeringens uppfattning en viktig åtgärd för att förbättra möjligheterna till läkarvård för äldre som inte kan ta sig till primärvårdens mottagningar. Grundläggande för denna samverkan är att huvudmännen skall nå en överenskommelse om hur läkarförsörjningen skall tryggas inom hemsjukvården. I avtalet skall de enskildas behov av vård men också landstingets organisering av hälso- och sjukvården på ett rationellt sätt beaktas.

De patienter som ges insatser inom hemsjukvården är normalt sett förhållandevis svårt sjuka personer – framförallt äldre – med stora vård- och

omsorgsbehov och nedsatt autonomi, som av olika skäl har svårt att förflytta sig till primärvårdens mottagningar och i särskilt hög grad är beroende av att vården och omsorgen anpassas till deras förutsättningar med insatser i såväl ordinärt som särskilt boende. Det är angeläget att dessa patienter, utöver de vårdinsatser som kan ges av sjuksköterska m.fl., vid behov också kan få tillgång till läkarvård i boendet. Regeringen föreslår mot den bakgrunden att om landstinget inte fullgör sitt åtagande enligt avtalet skall kommunen ha möjlighet att uppdra åt en annan läkare att utföra de uppgifter som följer av avtalet. Landstinget skall därvid vara skyldigt att ersätta kommunen kostnaderna för anlitade läkare. Det är därför viktigt att parterna i avtalet reglerar frågan om ersättning. De kan t.ex. välja att avtala om att kostnaderna skall beräknas i enlighet med lagen (1983:1651) om läkarvårdsersättning och förordningen (1994:1121) om läkarvårdsersättning. Regeringen avser att noga följa hur parterna hanterar ersättningsfrågan och vid behov återkomma i denna del.

#### 5.1.4 Fördelning av läkarinsatser i kommunen

**Regeringens bedömning:** Det är angeläget att de insatser som utförs av läkare som kommunen anlitar fördelas och utnyttjas så att kravet på god vård tillgodoses. Det är mot bakgrund av detta önskvärt att kommunen utser en särskild befattningshavare med ansvar för att fördela läkarinsatserna så att de medicinska insatserna styrs till de patienter som bäst behöver dem.

**Äldrevårdsutredningens förslag:** Äldrevårdsutredningen föreslår att den medicinskt ansvariga sjuksköterskan, MAS, i kommunen skall svara för att de läkarinsatser som kommunen anlitar fördelas och utnyttjas så att kravet på god vård tillgodoses och att en bestämmelse om detta införs i HSL.

**Remissinstanserna:** Utredningens förslag tillstyrks av 23 remissinstanser varav en länsstyrelse, 17 kommuner, tre landsting och två övriga instanser. En kommun har invändningar mot förslaget och en kommun avstyrker det. *Svensk Förening för Geriatrik och Gerontologi* ser positivt på att den medicinskt ansvariga sköterskans (MAS) roll och mandat ökar. *Järfälla kommun* anser att ansvaret för att anlita läkare skall ligga på verksamhetschefen men gärna i samråd med MAS:en. *Sveriges Läkarförbund* är tveksam men ser en samverkan mellan MAS:en och läkaren som nödvändig. *Södertälje kommun* avstyrker förslaget eftersom den roll som MAS:en föreslås få blir otydlig.

**Skälen för regeringens bedömning:** Regeringen anser att det inte är nödvändigt att i lag reglera ansvaret för att de insatser som utförs av läkare som kommunen anlitar fördelas och utnyttjas så att kravet på god vård tillgodoses. Regeringens bedömning är att det är angeläget att kommunen utser en särskild befattningshavare med ansvar för att fördela läkarinsatserna så att de medicinska insatserna styrs till de patienter som bäst behöver dem. En lämplig sådan befattningshavare kan vara MAS:en som är den i kommunen som har den högsta medicinska kompetensen. MAS:en svarar dels för att det finns sådana rutiner att kontakt tas med

läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det, dels att beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med säkerheten för patienterna samt att anmälan görs till den nämnd som har ledningen av hälso- och sjukvårdsverksamheten om en patient i samband med vård eller behandling drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom. Dessa uppgifter är reglerade i 24 § HSL och i 2 kap. 5 § förordningen (1998:1513) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

En annan lämplig befattningshavare kan vara verksamhetschefen. Bestämmelserna i HSL om ledningen av hälso- och sjukvården ställer krav på att ledningen av hälso- och sjukvårdsverksamheten organiseras så att den tillgodoser hög patientsäkerhet, god kvalitet i vården och främjar kostnadseffektivitet. Bestämmelserna innebär ett krav på att ledningsansvaret skall vara tydligt såväl ur ett patient- som ett tillsynsperspektiv. Det skall därför inom all hälso- och sjukvård finnas en verksamhetschef som svarar för verksamheten och som har det samlade ledningsansvaret. Ett av de syften som ligger till grund för införandet av bestämmelserna om verksamhetschef är att det för patienter, anhöriga och personal liksom för tillsynsmyndigheten skall finnas en bestämd person att vända sig till med frågor kring verksamheten.

### 5.1.5 Kontinuitet, säkerhet och samordning

**Regeringens förslag:** Det skall i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) förtydligas att god vård även innebär att tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården. Olika insatser för patienten skall samordnas på ett ändamålsenligt sätt.

**Förslaget i Socialstyrelsens rapport Redovisning av uppdrag i regleringsbrev 1999 – Utvärdering av verksamheten med patientansvarig läkare (PAL):** Överensstämmer delvis med regeringens förslag.

**Remissinstanserna:** Samtliga remissinstanser tillstyrker förslaget i rapporten i denna del.

**Bakgrund:** Begreppet patientansvarig läkare (PAL) infördes i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, HSL) den 1 juli 1991. Bestämmelsen om att en PAL skulle finnas gällde då endast verksamheter som leddes av en chefsöverläkare. I förarbetena (prop. 1989/90:81) angavs att det skulle åvila en PAL att svara för att patienten undersöktes så att en diagnos kunde ställas, att svara för att patienten fick den medicinska vård och behandling som dennes tillstånd fordrade. I förekommande fall skall PAL samordna de undersöknings- och behandlingsåtgärder som vidtogs, informera patienten om dennes hälsotillstånd och om de behandlingsmetoder som stod till buds och vilken av dessa han eller hon ansåg vara bäst lämpad för patienten, samt att patienten fick en reell möjlighet att samråda om och påverka vården och behandlingen.

Bestämmelserna om i vilka fall och i vilka verksamheter en PAL skall utses har varit föremål för vissa ändringar sedan regleringen tillkom. Sedan den 1 januari 1997 följer av 27 § HSL att om det behövs med hänsyn till patientsäkerheten skall för patienten utses en patientansvarig

legitimerad läkare. Chefsöverläkarbegreppet avskaffades vid samma tillfälle (utom vad gäller psykiatri och smittskydd) och PAL kan nu utses oavsett vilken typ av vårdinrättning patienten befinner sig på.

I samband med lagändringarna som trädde i kraft år 1997 infördes även begreppet verksamhetschef. Verksamhetschefen har det samlade medicinska och administrativa ledningsansvaret över en sjukvårdsenhet. Denne behöver dock inte nödvändigtvis ha medicinsk kompetens. Verksamhetschefer som inte är läkare finns exempelvis inom den kommunala hälso- och sjukvården. Verksamhetschefen kan uppdra åt annan inom verksamheten som har tillräcklig kompetens och erfarenhet att fullgöra vissa ledningsuppgifter.

Socialstyrelsen har haft regeringens uppdrag att utvärdera verksamheten med PAL. I uppdraget ingick bl.a. att belysa hur de strukturella förändringarna under 1990-talet påverkat verksamheten, analysera hur formuleringen i 27 § HSL ”om det behövs med hänsyn till patientsäkerheten”, dvs. kriteriet på när en PAL skall utses, tolkats samt överväga möjligheten att utse även andra yrkesutövare än läkare som patientansvariga. Socialstyrelsen inkom till regeringen med sin rapport den 3 april 2000.

**Skälen för regeringens förslag:** Av Socialstyrelsens rapport framgår att PAL-funktionen under de första åren efter införandet haft stor betydelse för fokuseringen på den enskilda patientens behov av kontinuitet i vården och samordning av olika sjukvårdsinsatser samt den enskildes rätt till information. Socialstyrelsen ifrågasätter dock om PAL-begreppet i dag har denna stora betydelse. Exempelvis har ingen av de läkare som tillfrågats i undersökningen uppfattat sig ha det övergripande ansvar för kontinuitet, samordning och information som ligger i PAL-funktionen. Behovet av kontinuitet ses snarare som en fråga för teamet, enheten eller avdelningen och inte en fråga som specifikt rör läkarinsatserna. Det verkar inte heller som om den lagändring som trädde i kraft år 1997 och som innebär att en PAL skall utses för patienten om det behövs med hänsyn till patientsäkerheten, har fått något genomslag i verksamheterna, utan PAL utses snarast slentrianmässigt utan någon föregående prövning.

Vilket behov enskilda patienter har av en särskild läkare med ett tydligt definierat ansvar för kontinuitet, samordning och patientsäkerhet beror i hög grad på vilken patientkategori det är fråga om. Patienter med långvariga sjukdomstillstånd, patienter med livshotande tillstånd eller patienter inom den palliativa vården, patienter med multipla problem och patienter med bristande autonomi har uppenbarligen större behov än andra patientkategorier av att en särskild läkare följer deras sjukdomsutveckling, samordnar olika insatser och ger patienten den information som dennes tillstånd kräver. Patienter inom den kommunala hälso- och sjukvården tillhör ofta den kategori av personer som har stort behov av den kontinuitet, samordning och säkerhet som skall tillgodoses genom PAL-funktionen. Det är dock tveksamt i vilken omfattning de läkare som har uppgifter inom den kommunala sjukvården uppfattar patienternas behov av att ha tillgång till en PAL. Många gånger fungerar läkarna där enbart som medicinska konsulter med vissa regelbundna mellanrum. Istället faller ansvaret för kontinuitet, samordning och patientsäkerhet på den hälso- och sjukvårdspersonal som är anställd vid den särskilda boendeformen.

Socialstyrelsen konstaterar att det inte alltid är nödvändigt att en särskild läkare utses för att patientens behov av kontinuitet, samordning och

säkerhet skall kunna tillgodoses. Andra personalgruppers uppgifter i förhållande till patienten är här många gånger minst lika viktiga. När det gäller samordning av olika sjukvårdsinsatser är detta enligt Socialstyrelsen inte något som särskilt kräver en PAL. Vad man skulle kunna kalla logistisk samordning kräver inte samma typ av kompetens som medicinsk/professionell samordning.

Socialstyrelsen skriver också att det inte är möjligt att närmare ange på vilket sätt och vilka yrkesgrupper som ska svara för olika uppgifter av betydelse för kontinuitet, samordning och patientsäkerhet. Hur dessa frågor löses är närmast att se som en fråga om vårdkvalitet. Närmast ansvarig för kvaliteten vid enheten är dess chef, verksamhetschefen. Socialstyrelsen menar att med ett tydligt ansvar för verksamhetschefen i nu nämnda hänseende behövs ingen särskild PAL-bestämmelse. För att verksamhetschefen skall kunna ta det yttersta ansvaret vid sin enhet för frågor som kontinuitet, samordning och patientsäkerhet krävs dock att huvudmannen skapat de rätta förutsättningarna. Socialstyrelsen föreslår därför att vikten av kontinuitet, samordning och säkerhet tydligare framgår i HSL. Att det är verksamhetschefen som har ett ansvar för dessa frågor bör enligt Socialstyrelsen också tydliggöras.

Regeringen föreslår, mot bakgrund av vad Socialstyrelsen anfört i sin rapport, att det skall göras en ändring i 2 a § HSL varav det uttryckligen skall framgå att begreppet god vård också innebär att tillgodose den enskilde patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården. Det skall också klargöras att olika insatser för patienten skall samordnas på ett ändamålsenligt sätt. Regeringen finner dock för närvarande inte skäl att avskaffa bestämmelsen om PAL i 27 § HSL utan avser att återkomma i samband med uppföljning av denna utvecklingsplan med förslag som istället kan stärka den nuvarande funktionen. Syftet med bestämmelsen är att främja patientsäkerheten. Den riktar sig bl.a. till patienter med svåra långvariga sjukdomstillstånd och patienter med nedsatt autonomi. Det är därför viktigt att skyddet för de mest behövande patienterna inte försvagas. Socialstyrelsen föreslår att verksamhetschefen skall ansvara för frågor om kontinuitet, samordning och patientsäkerhet. Det bör dock understrykas att verksamhetschefen redan idag skall svara för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet. Verksamhetschefen ansvarar för den löpande verksamheten inom sitt område och ser till att den fungerar på ett tillfredställande sätt. Av Socialstyrelsens rapport framgår tydligt att kunskaperna inom hälso- och sjukvården om vilken funktion en PAL skall ha och under vilka förhållanden en sådan skall utses, är mycket bristfälliga. Regeringen menar därför att kunskaperna i dessa frågor i första hand bör stärkas inom hälso- och sjukvården och att ansvaret för att tillse att detta sker ligger på verksamhetschefen.



**Regeringens bedömning:** Individuella vård- och omsorgsplaner är ett bra verktyg för att planera vården och omsorgen om enskilda. Om berörda huvudmän och instanser samråder i utarbetandet av sådana planer ger de en god helhetsbild både av de enskildas behov och av de insatser som kan erbjudas. En särskilt utsedd samordnare kan underlätta både den enskildes och dennes närståendes kontakter med kommunen och landstinget. Mot bakgrund av att Socialstyrelsen meddelat föreskrifter som bl.a. berör ansvaret för samarbetet kring och planeringen av vården av enskilda patienter anser dock regeringen att det för närvarande inte behövs några ytterligare åtgärder.

**Äldrevårdsutredningens förslag:** Utredningen föreslår en lagstadgad skyldighet att upprätta planer och att en namngiven samordnar eller kontaktperson skall utses.

**Remissinstanserna:** De flesta remissinstanser tillstyrker utredningens förslag. Ett antal remissinstanser anser att begreppet måste definieras tydligare. Några instanser, *Kronobergs läns landsting*, *Handikappförbundens samarbetsorgan*, *Demensförbundet* och *Sveriges psykologförbund*, betonar vikten av att anhöriga/närstående deltar i vård- och omsorgsplaneringen och att deras behov av stöd utreds. *Bräcke* och *Östersunds kommuner* samt *Jämtlands läns landsting* betonar att vård- och omsorgsplanen skall gälla alla individer med sammansatta behov och att inblandade parter ansvar för att upprätta och justera planen tydligt bör framgå.

Majoriteten av de remissinstanser som har haft synpunkter på förslaget om namngiven samordnare/kontaktperson tillstyrker förslaget. Flera remissinstanser anser att begreppet samordnare bör användas eftersom begreppet kontaktperson redan finns som insats enligt SoL och LSS.

**Skälen för regeringens bedömning:** I dag gäller att om läkaren bedömer att en patient efter utskrivning från sjukhus behöver socialtjänst, kommunal hälso- och sjukvård eller insatser i den öppna vården som landstinget har ansvar för skall ett meddelande skickas till berörda enheter inom den öppna hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Enligt 10 a–c §§ lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård skall en vårdplan i vissa fall upprättas. En förutsättning för att kommunen skall ha betalningsansvar för en utskrivningsklar patient är att en vårdplan är upprättad.

Socialstyrelsen har i december 2005 meddelat föreskrifter om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutna vård (SOSFS 2005:27). Föreskrifterna gäller vid tillämpning av lagen om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård i samband med vårdplanering inför utskrivning av patienter från den slutna hälso- och sjukvården till den öppna hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Enligt 2 kap. 3 § skall landstingen och kommunerna i samråd utarbeta rutiner för vårdplanering inför utskrivning. Av 3 kap. 4 § framgår vad en vårdplan i förekommande fall skall innehålla.

Det finns dock många andra situationer där planering av insatser är önskvärd för att rätt vård och omsorg skall kunna erbjudas. Detta gäller framförallt för äldre personer med flera samtidiga sjukdomar och vars

tillstånd snabbt kan förändras, som har omfattande behov av vård och omsorg och som därför behöver insatser från flera verksamheter och yrkesföreträdare. För dessa personer är det angeläget att de sociala och medicinska behoven, inklusive rehabilitering, rehabilitering och hjälpmedel, bedöms och tillgodoses i ett helhetsperspektiv. Det är viktigt för såväl den enskilde och dennes närstående som personalen att det finns en begriplig och väl fungerande kommunikation mellan de yrkesutövare som har ansvaret för patientens omsorg, vård och behandling.

En vård- och omsorgsplan kan underlätta kommunikationen mellan de olika yrkesutövarna. Den enskilde och dennes närstående bör, när så är möjligt, delta i upprättandet av vård- och omsorgsplanen. Det är således också ett sätt att stärka den enskildes inflytande över vården och omsorgen.

Det kan vara svårt för personer som är i behov av insatser från flera verksamheter och yrkesföreträdare att själva ha kontakter med flera olika yrkesföreträdare. Detsamma gäller för dessa personers närstående. För att underlätta och stödja den enskilde och dennes närstående kan det vara en fördel att en namngiven person utses till samordnare i samband med den individuella vård- och omsorgsplaneringen. Samordnaren bör kunna stödja den enskilde och dennes närstående att följa upp att biståndsbeslut och hälso- och sjukvårdsinsatser genomförs som planerat och ger det resultat som avsetts. Att ha en utsedd samordnare kan för många avsevärt förbättra möjligheterna att ha inflytande över insatser och beslut som rör den vård och omsorg man behöver. För att samordnaren skall kunna fylla sin funktion är det viktigt att kommunikationen mellan denne och den enskilde fungerar väl. Om den enskilde anser att kommunikationen inte fungerar bör han eller hon kunna få en annan person utsedd till sin samordnare.

Socialstyrelsen har meddelat föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12). Föreskrifterna skall tillämpas på den patientinriktade vården inom bl.a. sådana verksamheter som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). För den icke patientinriktade hälso- och sjukvården gäller föreskrifterna i tillämpliga delar. Enligt 4 kap. 4 § i föreskrifterna skall ledningssystemet fastställa dels att det finns rutiner som klargör ansvaret för samarbetet kring och planeringen av vården av enskilda patienter vad avser t.ex. överföring av information om enskilda patienter, dels att det finns rutiner för samverkan i vårdprocesserna inom och mellan yrkesgrupper, olika funktioner, enheter, nivåer, verksamheter och ansvarsområden samt olika vårdgivare, om det inte finns hinder för detta enligt sekretesslagen (1980:100) eller lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Med ledningssystem avses system för att fastställa grundprinciper för ledning av verksamheten och ställa upp mål samt för att uppnå dessa mål. Dessa krav innebär att verksamhetens processer skall styras med utgångspunkt från vad som är bäst för patienten, att rutiner för att tydliggöra ansvar för samarbete och samverkan i gränssnitten mellan olika ansvarsområden skall finnas och att det skall finnas kunskap om kompetensen hos andra i vårdkedjan.

Föreskrifterna trädde i kraft den 1 september 2005 och det är ännu för tidigt att avgöra vilken effekt de kan få för arbetet och vård- och omsorgsplaneringen kring enskilda patienter. Mot bakgrund av före-

skrifterna finns det dock för närvarande inte anledning att i lag införa krav på att vård- och omsorgsplaner skall upprättas eller samordnare utses. Regeringen anser dock att det är önskvärt att vård- och omsorgsplaner upprättas samt att en samordnare utses för äldre i behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser av många olika yrkesutövare.

### 5.1.7 Samverkan mellan landsting och kommuner avseende bland annat rehabilitering

**Regeringens förslag:** Landstinget och kommunen skall enligt en ny bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) samverka så att enskilda får den vård och behandling m.m. som deras tillstånd fordrar. Uttrycket vård och behandling innefattar bl.a. habilitering och rehabilitering. Förslaget avser även vård och omsorg om enskilda personer som behöver integrerade insatser från landstingets specialistsjukvård och primärvård samt kommunens primärvård och omsorg.

**Regeringens bedömning:** Landsting och kommun bör komma överens om ansvarsgränser för habilitering, rehabilitering och hjälpmedel och bör i överenskommelser tydliggöra ansvaret. Det är önskvärt att kommuner utser en ansvarig befattningshavare med kompetens inom rehabilitering att ansvara för att de äldre får tillgång till rehabiliterande insatser i kommunernas hälso- och sjukvård.

**Äldrevårdsutredningens förslag:** Överensstämmer i huvudsak med regeringens förslag.

**Remissinstanserna:** Drygt hälften av remissinstanserna instämmer med utredningens förslag, däribland *Länsstyrelserna i Stockholms och Uppsala län, Föreningen Sveriges Socialchefer, Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter, Svensk Förening för Geriatrik och Gerontologi*, samt flera kommuner. *Sveriges Psykologförbund* och *Sjukgymnasternas Riksförbund* anger att rehabilitering för äldre bör prioriteras. Rehabiliteringspersonal bör komma in tidigt i vårdplaneringen så att rehabiliterande insatser kan komma igång så tidigt som möjligt. Detta leder i förlängningen till såväl minskat individuellt lidande som en samhällsekonomisk vinst. *Socialstyrelsen* befarar att det kan finnas risker med att huvudmännen även i fortsättningen söker undvika kostnadsansvar genom att hänvisa den enskilde till den andre huvudmannens verksamhet. *Göteborgs kommun* anser att det finns en fortsatt risk för ansvarsdiskussioner, *Övertorneå kommun* att gråzonen flyttas. *Ale kommun* och *Värmlands läns landsting* anser att den gränsdragning som anges är oerhört luddig och att det kan medföra olika tolkningar från respektive kommun och landsting vilket även i fortsättningen kommer att vara en svårighet i samarbetet. Liknande synpunkter framförs av landstingen i *Kronobergs* och *Västernorrlands län*. *Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter* anser att situationen kommer att försvåras för de patienter som inte tillhör målgruppen, framförallt yngre patienter. Även för äldre kan det uppstå gränsdragningsproblem eftersom många äldre har behov av rehabiliteringsinsatser och hjälpmedel både från landsting och från kommun. Några remissinstanser anför att förslaget medför behov av kompetensutveckling av personalen.

*Allmänt om rehabilitering*

Ansvar för rehabilitering och hjälpmedel följer med hälso- och sjukvårdsansvaret och är en integrerad del av all hälso- och sjukvård. Målet är att hjälpa personer med sjukdomar och funktionsnedsättningar, oavsett diagnos, att återvinna eller uppnå bästa möjliga funktion och förmåga samt att förbättra förutsättningarna för full delaktighet i samhällslivet. Kommunen har sedan Ädelreformen ett hälso- och sjukvårdsansvar och därmed även ett ansvar för rehabilitering och hjälpmedel i det särskilda boendet. Inom ordinärt boende är ansvaret delat mellan landsting och kommun på samma sätt som för hemsjukvården. Landstingen har ansvar för alla läkarinsatser som avser rehabilitering. Ansvaret för patienten skiftar beroende på tidpunkt och skede i rehabiliteringsprocessen.

Äldre kvinnor och män kan behöva längre tid på sig för att uppnå lika bra resultat av rehabilitering som yngre. I en studie som genomförts av Socialstyrelsen (2001) fann man att drygt hälften av de äldre som bodde i ordinärt boende och hade behov av rehabilitering hade icke tillgodosedda rehabiliteringsbehov. Fastän samtliga personer använde hjälpmedel behövde cirka en tredjedel av dem en översyn av sitt hjälpmedelsbehov. Rehabiliteringsbehov identifieras inte alltid vid behovsbedömningen, inte heller vid utskrivning från sjukhus. Dessutom framkom i studien ett stort behov av att organisera rehabiliteringsresurserna på ett mer rationellt sätt än i dag.

Enligt Äldrevårdsutredningen saknas ofta ett gemensamt synsätt på rehabilitering och habilitering både mellan olika yrkeskategorier inom landsting och kommuner och mellan de olika rehabiliteringsaktörerna i samhället. Många remissinstanser instämmer i uppfattningen att gråzonen mellan funktionshöjande, funktionsbevarande och förebyggande insatser är ett av de största problemen i dialogen mellan sjukhusvården, landstingets primärvård och kommunen om ansvaret för rehabilitering i ordinärt boende. Den oklara ansvarsfördelningen mellan kommuner och landsting är ett problem och är en starkt bidragande orsak till att äldre inte får den rehabilitering som de är i behov av. Gränsdragningarna mellan vad landstingen respektive kommunerna skall ansvara för vad gäller rehabilitering varierar stort över landet. Det finns kommuner som har avgränsat rehabilitering från sitt ansvar för hemsjukvården och primärvård i landstingen som prioriterar yngre personers behov av arbetsinriktad rehabilitering på bekostnad av äldres behov av rehabilitering. Det delade huvudmannskapet medför en ökad tendens att huvudmännen försöker vältra över kostnaderna på varandra.

*Goda exempel på rehabilitering*

I flera kommuner och landsting pågår verksamheter i samverkan mellan kommun och landsting, som exempelvis dagrehabilitering, dagverksamheter med inriktning mot specifika diagnoser, hemrehabilitering, växelvård och korttidsplatser. I flera kommuner och landsting har denna samverkan givit positiva effekter. Onödiga sjukhusvistelser och akuta färder

till sjukhus har kunnat förebyggas och ett stort antal patienter i en kommun har kunnat återgå till sitt tidigare boende efter rehabilitering. Rehabilitering i Östersund är ett exempel på samverkan kring rehabilitering mellan länssjukvård, landstingets primärvård och kommunens vård och omsorg. En ökning av antalet rehabiliteringspersonal, som t.ex. handledare till kommunens baspersonal med tidiga rehabiliteringsinsatser i hemmiljö, har givit vinster för individen genom att självständigheten har ökat och samtidigt har kostnaderna minskat för samhället genom ett minskat behov av hemtjänststimmar. I Marks och Svenljunga kommuner har man samlat all rehabilitering inom en samfinansierad organisation, Samrehab, som leds av en gemensam nämnd. Samordningen syftar bl.a. till att befärja livssituationen för personer med funktionshinder oavsett var dessa vistas samt att ge bättre förutsättningar för effektiv rehabilitering av hög kvalitet och för att möta ökade behov av rehabilitering utan resurstillskott. Genom samverkan mellan huvudmännen kan man fokusera individens behov – inte huvudmannaskapsgränserna.

#### *Gemensamt synsätt på rehabilitering och habilitering*

Kommuner och landsting bör enligt regeringens bedömning sträva efter ett gemensamt synsätt på rehabilitering och habilitering, både mellan olika yrkeskategorier inom landsting och kommuner och mellan de olika rehabiliteringsaktörerna i samhället. Avsaknaden av ett sådant gemensamt perspektiv kan medföra att patienten blir beroende av vård och omsorg i onödan, vilket både kan medföra försämrad livskvalitet för patienten och ökade kostnader för kommuner och landsting. Rehabilitering av äldre personer bygger på ett mångprofessionellt arbete på sjukhus, i landstingens primärvård och i den kommunala vården och omsorgen, samt i samverkan över huvudmannaskapsgränserna. Rehabiliteringsresurserna kan förbättras om arbetsterapeuter och sjukgymnaster, utöver sitt eget arbete med bedömning, behandling och träning, på ett pedagogiskt sätt också kan handleda undersköterskor och vårdbiträden i ett rehabiliterande förhållningssätt. Det innefattar att stödja och stimulera individens egen förmåga att utföra aktiviteter i det dagliga livet. Ett rehabiliterande förhållningssätt medför också att vård- och omsorgspersonalen måste ägna mer tid åt den enskilde, vilket bör bidra till att livskvaliteten för den enskilde ökar, samtidigt som det kan vara samhällsekonomiskt lönsamt på längre sikt eftersom det kan bidra till att förebygga behov av vård- och omsorgsinsatser.

#### *Behovet av ett tydligare ansvar*

Ett förändrat huvudmannaskap tydliggör ansvarsförhållandena men det kvarstår ändå gränsdragningar som måste göras. Eftersom behovet av rehabilitering för den enskilde kan växla över tiden, dvs. tidvis kan rehabiliteringen skötas i hemmet, tidvis behövs en mer intensiv rehabiliteringsperiod vid exempelvis rehabiliteringsklinik, så ter det sig mycket svårt att åstadkomma en klar gränsdragning mellan huvudmännens ansvarsområde. Regeringen anser att det inte är önskvärt att slå fast ansvarsområden efter exempelvis diagnoser eller omfattning av rehabi-

literingsåtgärder eftersom metoder för rehabilitering och den medicinskt tekniska utvecklingen går framåt. Det som i dag bedöms som omfattande rehabiliteringsåtgärder kan komma att utföras med nya och bättre metoder inom en snar framtid. Med hälso- och sjukvårdsansvaret följer att habilitering och rehabilitering skall planeras i samverkan med den enskilde.

Ett stort problem i kommunerna är alltför stora ansvarsområden för såväl sjukgymnaster och arbetsterapeuter som sjuksköterskor. För att skapa ett nära samarbete krävs ett tydligt ledarskap för rehabiliteringsfrågor i en tydlig organisation med olika yrkesfunktioner som utifrån en gemensam värdegrund arbetar mot samma mål. Regeringen anser att ett önskvärt steg för att äldre personer skall få den rehabilitering som de är i behov av är att det i framtiden inrättas en särskilt ansvarig befattningshavare för rehabilitering i varje kommun. I dag ingår ansvaret för rehabilitering i den medicinskt ansvariga sjuksköterskans ansvarsområde. Det är enligt hälso- och sjukvårdslagen möjligt att indela kommunen i olika verksamhetsområden där rehabilitering kan vara ett sådant område. Ett 30-tal kommuner i landet har inrättat en befattning som medicinskt ansvarig för rehabilitering, MAR. I funktionen ingår även i vissa kommuner ett ansvar för utveckling av rehabiliteringsinsatserna med den enskildes behov i centrum. Regeringens bedömning är att det finns behov av ett tydligt ledarskap och att det är önskvärt att kommunerna i ökad utsträckning utser en ansvarig för det övergripande arbetet med rehabilitering.

#### *Specialistsjukvård, primärvård och omsorg*

Flertalet äldre personer som får stöd av hemsjukvården och primärvårdens läkare vårdas inte sällan på sjukhus och får insatser från landstingens olika specialisterheter, parallellt med att de får omfattande hjälpinsatser i sitt boende. Det handlar ofta om personer vars vård- och omsorgsbehov snabbt kan förändras. De många olika kontakterna ställer särskilda krav på samverkan mellan sjukhusens olika kliniker, den enskildes familjeläkare, distriktssköterskor, arbetsterapeuter, sjukgymnaster, dietister, logopedier, biståndshandläggare, undersköterskor, vårdbiträden m.fl. För att säkerställa en vård och omsorg av god kvalitet som medför trygghet och kontinuitet för den enskilde behövs ett integrerat arbetssätt.

Hälso- och sjukvården fungerar i regel väl för äldre personer med avgränsade medicinska problem och utan kognitiva funktionsnedsättningar. Att ge vård av hög kvalitet till äldre med flera diagnoser, nedsatt rörlighet och ork samt ett sviktande socialt nätverk är emellertid betydligt svårare. De kan behöva behandling av en lång rad olika professioner för komplicerade kliniska problem som kräver bedömning av medicinska, sociala och rehabiliterande behov i ett sammanhang. För en sådan bedömning behöver företrädare från olika professioner och specialiteter/inriktningar, t.ex. geriatrik, allmänmedicin, internmedicin, ortopedi, psykiatri, rehabilitering, palliation och nutrition samarbeta. För den enskilde är det angeläget att vård och omsorg fungerar som en helhet oberoende av var behoven av vård och omsorg aktualiseras. Stora delar av sjukvården är specialiserad på ett symptom eller en viss sjukdom. Även

inom kommunernas äldreomsorg är specialiseringen på många håll långt genomförd enligt Stiftelsen Stockholms Läns Äldrecentrum. Specialiseringen medför problem för äldre personer med flera olika samtidiga sjukdomar eftersom den vård och omsorg som de kommer i kontakt med dels är fragmentiserad, dels har en splittrad ansvarsfördelning för olika insatser. Den enskilde riskerar därför att inte få ett omhändertagande som präglas av helhetssyn och individuell anpassning i förhållande till den aktuella livssituationen. Situationen blir än mer komplicerad genom att sjukdomstillstånd snabbt kan förändras. Till bilden hör dessutom att många utöver sina sjukdomar även lider av andra symtom/problem som t.ex. yrsel, falltendenser, nedsatt syn och hörsel samt kognitiv nedsättning. Många har nedsatt autonomi och svårigheter att formulera sina behov.

Samverkan över organisationsgränser kommer alltid att vara en förutsättning för god vård och omsorg, oberoende av hur ansvarsgränser dras. Trots god vilja från både landsting och kommuner att samverka finns det brister. Kommuner och landsting har ett ansvar för att skapa gemensamma mål, en ökad grad av samsyn och ett gemensamt förhållningssätt oavsett organisation. Om samverkan skall uppfattas som angelägen och bestående över tid måste fokus flyttas från den egna uppgiften och de egna kostnaderna till det gemensamma uppdraget kring den enskildes samlade behov. Personal med specialistkunskaper bör enligt regeringens bedömning i betydligt större utsträckning än i dag arbeta utanför sjukhusen som stöd för äldre som vårdas i ordinärt och särskilt boende och samverka med hemsjukvårdens personal. Genom läkarmedverkan kan den äldres behov av kontinuitet och säkerhet tillgodoses, samtidigt som personalen kan få stöd bl.a. genom handledning.

#### *Närmare om regeringens motiv för förslaget och bedömningen*

Regeringen föreslår mot den redovisade bakgrunden att en ny bestämmelse skrivs in i hälso- och sjukvårdslagen om att kommuner och landsting skall samverka så att en enskild som kommunen har hälso- och sjukvårdsansvar för får också övrig vård och behandling, hjälpmedel och de förbrukningsartiklar vid urininkontinens eller retention samt tarminkontinens som hans eller hennes tillstånd fordrar. Förslaget innebär att landsting och kommuner skall komma överens om bland annat formerna för samverkan mellan specialistsjukvården och vården och omsorgen i hemmet. Landstingen har ett ansvar för att specialistsjukvården deltar i och är ett stöd för vården och omsorgen i hemmet med exempelvis enskilda konsulter eller team med specialkunskap i geriatrik, palliativ vård, rehabilitering, nutrition m.m. En sådan samverkan är nödvändig för att kunna tillförsäkra den äldre vård och omsorg av god kvalitet i hemmet och kunna bidra till kunskapsutveckling.

**Sammanfattning :** Demenssjukdomar skapar ofta en känsla av osäkerhet för både de drabbade och deras anhöriga. Det kan vara svårt att finna ett bra förhållningssätt till demenssjukdomarna och ett bra sätt att bemöta dem som drabbats av dessa, dvs. både de sjuka och deras anhöriga. Sjukdomarna kan också vara svåra att diagnostisera. För att kunna ge rätt behandling är det dock viktigt att en diagnos ställs. En diagnos kan också ge en förklaring till t.ex. ett förändrat beteende hos en person och därmed minska onödigt oro eller frustration. En förbättrad kompetens bland dem som arbetar inom vården och omsorgen är viktigt för att främja att personer med en misstänkt demenssjukdom diagnostiseras. Regeringen avser att genomföra en satsning i syfte att höja kvaliteten i demensvården. Kunskapen och informationen om hjälpmedel för personer med demenssjukdom och deras anhöriga behöver förbättras. En särskild utredare har tillsatts med uppdrag att överväga om det finns behov av att införa bestämmelser om skydds- och tvångsåtgärder inom vården och omsorgen om äldre personer som har nedsatt beslutsförmåga främst till följd av demenssjukdom. Regeringen har också gett Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete (IMS) vid Socialstyrelsen i uppdrag att genomföra en nationell informationssatsning om unga med demenssjukdom för att öka kunskapen om gruppen unga demenssjuka.

### 5.2.1 Behov av kompetenshöjning i demensvården

**Regeringens bedömning:** Regeringen avser att genomföra en satsning i syfte att höja kvaliteten inom demensvården. Regeringen anser att en förbättrad kompetens bland dem som arbetar inom vården och omsorgen är ett viktigt led för att främja att personer med misstänkt demenssjukdom diagnostiseras.

**Skälen för regeringens bedömning:** Sverige har en i många avseenden god demensvård men det finns vissa brister. Regeringen avser därför att verka för en kompetenshöjning i syfte att höja kvaliteten i demensvården. En förbättrad kompetens bland dem som arbetar inom demensvården är av vikt för att möjliggöra att de personer som misstänks ha en demenssjukdom kan diagnostiseras. Att under den kommande tioårsperioden åstadkomma en kvalitetshöjning inom demensvården är viktigt för att förstärka vården och omsorgen om de mest sjuka. En god demensvård bedrivs med både hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, HSL) och socialtjänstlagen (2001:453, SoL) som grund. Som i andra verksamheter med olika huvudmän krävs en nära samverkan mellan huvudmännen, med mångprofessionellt teamarbete och en medveten strategi för bemötande och omhändertagande av personer med demenssjukdom och deras närstående under hela sjukdomsutvecklingen. Hälften av landets kommuner har ett vårdprogram eller en sammanhållen plan för demensvården. Sådana planer omfattar bl.a. strategier och en organiserad samverkan inom ramen för vårdkedjan. Regeringen anser att demensvårdsplaner kan vara ett värdefullt verktyg för att utveckla samverkan, planering och vårdprocesser i demensvården. Regeringen ser det därför som



önskvärt att kommuner och landsting i samverkan utarbetar gemensamma demensvårdsplaner eller vårdprogram. För att stimulera en kvalitetshöjning inom demensvården avser regeringen att genomföra en särskild satsning. Regeringen återkommer i 2006 års ekonomiska vårproposition med en bedömning av medelsbehovet.

### *Diagnostik och behandlingsalternativ*

Om minnet eller andra kognitiva förmågor försämrats på ett onormalt sätt blir många människor av förståeliga skäl rädda för att de skall bli sämre och att de kan ha drabbats av demens. Det finns emellertid flera sjukdomstillstånd som kan ge upphov till minnesproblem som t.ex. depression, stressrelaterade sjukdomar och läkemedelsbiverkningar. Ungefär 80–85 procent av alla som utvecklar ett demenssymtom har en obotlig demenssjukdom som bakomliggande förklaring till sina symtom, medan omkring 15–20 procent har andra sjukdomar eller tillstånd som i flertalet fall är behandlingsbara. Det är viktigt att minnesproblem och andra kognitiva symtom tas på allvar och utreds, dels med tanke på att finna behandlingsbara sjukdomstillstånd, dels för att kunna konstatera när ingen sjukdom finns. Också vid närvaron av en demenssjukdom är en diagnos viktig och ger en förklaring till den upplevda oförmågan.

Expertisen på området är överens om vikten av att personer med misstänkt demenssjukdom utreds. En demensutredning syftar till att fastställa diagnos, att ge underlag för möjlig medicinsk behandling och att ge underlag för en god omvårdnad samt att ge information och stödja den drabbade och dennes anhöriga. En god diagnostik och kunskap om demenssjukdomar är ofta en förutsättning för att anhöriga skall kunna bearbeta den nya situationen. Dessutom underlättar en fastställd diagnos den vårdplanering som förr eller senare blir en nödvändighet.

Demensutredningar görs främst i primärvården. De förutsätter tillräckliga kunskaper i att ställa diagnos på såväl demenssjukdomen som andra möjliga sjukdomstillstånd samt att kunna ge adekvat terapi. Tillräcklig kunskap om demenssjukdomar och demensutredningar är viktiga förutsättningar för att primärvården skall kunna göra utredningen. Enligt en avhandling från Linköpings universitet år 2001 upptäcktes endast en fjärdedel av dem som drabbats av demenssjukdomar vid den vårdcentral de brukade gå till. Trots att personerna hade besökt vårdcentralen ofta nämndes demens eller nedsättning av intellektuell förmåga endast i några av patienternas journaler. En slutsats i avhandlingen är att många personer med demenssjukdom aldrig upptäcks av primärvården.

Risken att drabbas av demenssjukdom ökar kraftigt med åldern. Cirka 67 procent av de drabbade år 2003 var kvinnor och 33 procent var män. Demens drabbar emellertid inte enbart äldre personer. Vården och omsorgen om dementa är dock ofta inte anpassad efter behoven hos yngre personer med demens, eller behoven hos deras anhöriga. Kunskap om yngre demenssjuka och deras behov behöver enligt regeringens bedömning utvecklas både inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. När sjukvården, ofta i form av kontakt med företagshälsovården, möter yngre personer med tidiga demenssymtom kan de första tecknen på demens förväxlas med t.ex. depression, alkoholproblem eller stress. Det kan därför ta mycket lång tid innan en riktig diagnos ställs och den

demenssjuke och dennes anhöriga får adekvat stöd och behandling. Kunskaperna om hur demenssjukdomarna drabbar yngre personer och deras speciella behov behöver därför enligt regeringens uppfattning spridas, framförallt hos primärvården och företagshälsovården. Regeringen har givit Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete (IMS) vid Socialstyrelsen i uppdrag att genomföra en nationell informationsinsats om unga med demenssjukdom. Uppdraget omfattar dels att sammanställa befintlig empiriskt baserad kunskap om gruppen unga demenssjuka, dels att genomföra särskilt utformade informationsinsatser riktade till relevanta yrkesgrupper, till anhöriga och deras företrädare. En slutrapport skall lämnas till regeringen senast den 1 februari 2007.

Socialstyrelsen har i uppdrag att utveckla riktlinjer och annan vägledning kring vård och omsorg för personer med demenssjukdom. En lägesredovisning skall lämnas senast den 31 december 2006. Socialstyrelsen bedömer att riktlinjerna skall vara framtagna till årsskiftet 2007/2008. Riktlinjerna skall bl.a. ta upp hela sjukdomsförloppet, riskfaktorer, förebyggande arbete, utredningar, diagnos och behandling efter diagnos.

Regeringens sammantagna bedömning är att det är viktigt att verka för att personer som misstänks ha en demenssjukdom erbjuds en demensutredning. Enligt HSL skall, om det inte är uppenbart obehövt, varje patient som vänder sig till hälso- och sjukvården snarast ges en medicinsk bedömning om sitt hälsotillstånd. För att det skall vara möjligt är det viktigt att kunskapsläget höjs hos både allmänläkare och företagsläkare.

#### *Spetskompetensen bör utvecklas*

Det mångprofessionella teamarbetet spelar en viktig roll i demensvården både när det gäller utredning eller diagnos och när det gäller behandling och omvårdnad. Ett demensteam kan ha olika uppgifter och bemanning beroende på syftet med verksamheten. I Demensarbetsgruppens enkät till kommuner och landsting år 2002 uppgav totalt 130 kommuner eller kommundelar att man hade tillgång till någon form av demensteam, antingen i kommunal regi, i landstingsregi eller ett gemensamt team mellan kommun och landsting. De kommunala teamen är inte bemannade med läkare och har som huvudsaklig uppgift att utföra praktiskt omvårdnadsarbete i hemtjänsten. De gemensamma teamen har i mycket större utsträckning läkarresurser i teamet och de utför också demensutredningar. Regeringen anser att en läkare med specialintresse och spetskompetens när det gäller demenssjukdomar är en viktig tillgång i ett demensteam. En medicinsk kontakt är både viktig för att göra utredningar och en trygghet för den drabbade och dennes anhöriga. Demensteamet kan även fungera som en samordnande länk mellan olika vårdgivare och verksamheter i demensvården.

Demenssjuksköterskor finns både inom kommuner och inom landsting. Kommuner med tillgång till en demenssjuksköterska har, enligt Demensarbetsgruppen, i väsentligt högre utsträckning än andra kommuner uppsökande verksamhet till personer med demenssjukdom. De genomför också fler kartläggningar, har mer dagverksamhet och korttidsboende för demenssjuka och mer fortbildning till och handledning av personal i

demensvården samt högre förekomst av kunskapsöverföring mellan huvudmännen samt gemensamma vårdprogram med landstinget.

Regeringen konstaterar att där det finns demenssjuksköterskor, demensvårdsutvecklare, annan personal med specialutbildning i demens eller demensteam, där finns det också goda förutsättningar för samverkan och för en god demensvård. För att behålla, utveckla och sprida kunskap om demenssjukdomarna, om god omvårdnad och om de demenssjukas och deras närståendes behov är det därför viktigt med spetskompetens i demensvården.

### *Utbildning och metodutveckling*

Att vårda människor med demenssjukdom är en mycket krävande uppgift både fysiskt och psykiskt. Kunskap är en av de viktigaste faktorerna för att utveckla demensvården och höja kvaliteten i behandling, vård och omsorg. Kunskapsnivån inom verksamheter som bedriver demensvård är ojämnt fördelad över landet enligt Demensarbetsgruppen. Det finns ett behov av demenskunskap i olika grad och omfattning på många grundutbildningar inom vård och omsorg.

Regeringen anser att det är angeläget att öka kunskapen om demens och demensvård hos olika yrkesgrupper för att ytterligare höja vårdens kvalitet. Bland de faktakunskaper som är viktiga för demensvården återfinns kunskaper om demenssjukdomar, diagnostik och behandling, kommunikationsproblem, beteendeproblem de anhörigas situation och etiska förhållningssätt. Det är också viktigt att ha kunskap om vad det betyder att inte hitta i sin välkända omgivning, att inte kunna använda enklare vardagsföremål eller att inte känna igen sina anhöriga.

Fortbildning och kompetensutveckling inom olika kunskapsområden behövs på olika nivåer i organisationen och med olika fokus beroende på vilka ansvarsområden och professioner man har.

Personalförsörjningsfrågan är av avgörande betydelse för utvecklingen mot en god demensvård. Regeringen bedömer att samtliga inblandade aktörer har ett ansvar för att lyfta fram de värden som finns i arbetet inom vården och omsorgen om personer med demenssjukdom. Grunden är att i alla vårdsituationer stödja och respektera den enskildes integritet och autonomi. Det är också viktigt att lyfta fram de utmaningar som följer av de ofta komplicerade medicinska och sociala sammanhang som vården och omsorgen måste hantera. Behovet av att samarbeta, utifrån en gemensam respekt för de enskilda individerna, bör bilda utgångspunkt för utvecklingsarbete inom personalområdet. Kommuner och landsting har enligt regeringens uppfattning en viktig uppgift när det gäller att genomföra fortbildningsinsatser och handledning för allmänläkare i primärvården, demenssjuksköterskor, demensvårdsutvecklare och övrig personal.

### *Översikt och kunskapsspridning i demensfrågor*

Sverige är ett av världens ledande länder i forskningen om demenssjukdomar. Det finns i landet en stor samlad kunskap som det är angeläget att sprida inom demensvården. Kunskaperna är också nödvändiga för att

förtroendevalda och andra beslutsfattare inom vård och omsorg skall kunna planera framtidens demensvård och fatta väl underbyggda beslut. Eftersom risken att drabbas av en demenssjukdom ökar kraftigt med stigande ålder samtidigt som medellivslängden ökar i Sverige kommer antalet personer med demenssjukdom att fortsätta att öka. Regeringen anser därför att kunskapsuppbyggnad kring demenssjukdomar och om hur vård och omsorg om personer med demenssjukdomar kan ske på bästa sätt skall ingå i uppdraget till det nationella kompetenscentrum som beskrivs i avsnitt 8.3.

### **5.2.2 Möjlighet att i vissa fall begränsa den enskildes självbestämmande**

Det är vanligt att personal inom demensvården måste ta ställning till hur de i olika situationer kan skydda personer som riskerar att skada sig genom fall, som vill lämna bostaden och därigenom utsätter sig för fara eller som genom ett utagerande och aggressivt beteende riskerar att skada sig själva, andra boende eller vårdpersonal. Det kan handla om åtgärder för att hindra personen från att komma till skada eller att skada andra, t.ex. lås, larm eller fysiska begränsningsåtgärder. I dessa situationer måste personalen eller anhöriga, utifrån gällande lagstiftning och med respekt för den enskildes integritet, självbestämmande och rättssäkerhet, försöka tolka den enskildes vilja. Särskilt svårt är detta i situationer där den enskilde motsätter sig en vård- och omsorgsinsats som kan anses nödvändig eller då personen genom egna handlingar riskerar att utsätta sig själv eller andra för fara.

Vård och omsorg skall enligt socialtjänstlagen (2001:453, SoL) och hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, HSL) ges med respekt för den enskildes självbestämmande. En grundläggande princip inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården är att omsorg, vård och behandling skall ges med den enskildes informerade samtycke, med respekt för dennes integritet och värdighet. I akuta nödsituationer är det möjligt att också utan samtycke vidta åtgärder för att rädda den enskildes liv eller hälsa. Lagstiftningen på vård- och omsorgsområdet utgår dock från att den enskilde kan tillgodogöra sig den information som han eller hon ges om sitt hälsotillstånd och behovet av vård och omsorg, ta ställning till de insatser som erbjuds och därefter göra övervägda val. De lagändringar som har gjorts under senare år för att stärka den enskildes ställning i vården och omsorgen innefattar inga särregler beträffande vuxna personer som till följd av skada eller sjukdom, t.ex. demenssjukdom, inte kan tillgodogöra sig information om och ta grundad ställning till sitt behov av vård och omsorg.

Närstående har i svensk lagstiftning inte ställning som legala ställföreträdare och kan därmed inte fatta beslut å den demenssjukes vägnar. Utredningen om förmyndare, gode män och förvaltare har i slutbetänkandet Förmyndare och ställföreträdare för vuxna (SOU 2004:112) konstaterat att föräldrabalkens regler om ställföreträdarskap för vuxna har vissa brister. Bl.a. är det i dag oklart hur långt en förordnad ställföreträdarens behörighet sträcker sig. Många personer är i behov av ett bättre skydd än det som dagens regelverk ger. Utredningen föreslår där-

för att instituten godmanskap och förvaltare kompletteras med nya, mindre formella stödformer i särskild lagstiftning. Målgruppen för de nya stödformerna skall vara vuxna personer som saknar mental förmåga att ta ställning i en viss rättslig angelägenhet (bristande beslutskompetens). Utredningen anser också att det finns skäl för att låta människor själva föranstalta om ställföreträdarskapet inför tider då de kan tänkas vara i behov av hjälp. Ökade möjligheter föreslås för den enskilde att för framtida sjukdomstillstånd och liknande utse ställföreträdare i t.ex. fullmakter som tar sikte just på sådana situationer. Om en bedömning i det enskilda fallet leder till att en viss person skall anses sakna beslutskompetens och om han eller hon inte heller har fått eller själv utsett en behörig företrädare, skall personen på vissa kärnområden kunna förses med en ställföreträdare utan särskilda domstols- eller myndighetsbeslut. Den kategori av ställföreträdare som på detta sätt skall kunna ges en roll är anhöriga till den enskilde, under förutsättning att de accepterar uppgiften. Utredningens förslag är för närvarande föremål för beredning.

Socialstyrelsen och länsstyrelserna har upprepade gånger påvisat att användningen av skyddsåtgärder inom vården av personer med demenssjukdom är vidare än vad lagstiftningen och föreskrifterna i dag avser eller medger. Avsaknaden av praktiskt fungerande lagreglering av ställföreträdande beslutsfattande medför att beslutsfattandet om vård- och omsorgsinsatser i praktiken överlämnas till vårdpersonalen. Det är inte fritt från komplikationer att använda eller avstå från att använda skyddsåtgärder som begränsar den enskildes vårdbehövandes frihet. Det etiska dilemma som det innebär för personalen att använda eller avstå från att begränsa den enskildes självbestämmande kommer att kvarstå trots lagstiftning. Fysiska begränsningsåtgärder kan förstärka rädsla, oro, apati eller aggressivt beteende. Flera kommuner har lokala riktlinjer för begränsningsåtgärder vilka utgår från Socialstyrelsens föreskrifter. Riktlinjerna ger bl.a. praktiska råd som kan underlätta för vårdpersonalen i omvårdnadsarbetet i vardagen.

Det finns dock ändå ett behov av att se över vilka åtgärder som kan vidtas för att finna en så rättssäker och ändamålsenlig reglering som möjligt på området. Regeringen tillkallade därför i februari 2005 en särskild utredare (dir. 2005:11) för att överväga om det finns behov av att införa bestämmelser om skydds- eller tvångsåtgärder inom vården och omsorgen om äldre personer som har nedsatt beslutsförmåga främst till följd av demenssjukdom. Utredaren skall analysera hur en sådan lagstiftning kan bidra till att användningen av tvångsåtgärder minskas. Uppdraget skall redovisas till regeringen senast den 31 december 2006.

### 5.2.3 Information om demenssjukdomar

Medvetenheten om demenssjukdomarna har vuxit hos allmänheten i takt med att forskningen har givit ny kunskap, något som också resulterat i nya läkemedel. I takt med att det blir fler äldre i befolkningen känner allt fler någon som har en demenssjukdom eller någon som är anhörig till en demenssjuk person. Det föreligger dock ett ökat behov av kunskap på alla plan. Det är därför enligt regeringens uppfattning en angelägen uppgift för staten, kommunerna och landstingen att informera brett om

Antalet äldre med annat modersmål än svenska har ökat och kommer att öka kraftigt de närmaste åren. Detta innebär också att antalet äldre personer med annat modersmål än svenska som drabbas av demenssjukdom kommer att öka kraftigt. Det finns ett allt större behov av att i kommuner och landsting uppmärksamma dessa personer och deras anhöriga i planeringen för en god demensvård. Språkproblem och bristen på kunskap om demens kan orsaka mycket lidande, rädsla och förvirring hos de äldre med utländsk bakgrund och deras anhöriga. Informationen måste därför utformas så att även dessa grupper nås.

#### **5.2.4 Hjälpmedel och IT-stöd för personer med demenssjukdom**

Tillgång till arbetstekniska hjälpmedel, minnesstödjande hjälpmedel och bostadsanpassning är av central betydelse för dem som i hemmet vårdar en person med demenssjukdom. Det är fråga om olika former av larm och kognitiva hjälpmedel som t.ex. spisvakt, larmmatta vid sängen, elektronisk tidskalender och elektronisk medicindoserare. Tekniska hjälpmedel kan både fungera som kompensation för bristande förmågor och vara till stöd och hjälp för dem som vårdar. Det är emellertid viktigt att hjälpmedlen används inom ramen för gällande lagstiftning och på ett sätt som inte kränker den enskildes integritet samt att de är lättförståeliga och igenkännbara och inte upplevs som främmande eller rent av som hot.

Den moderna IT-tekniken kan underlätta och utveckla demensvården på olika sätt. Med ett allt större antal äldre personer i samhället måste nya arbetssätt, arbetsmetoder och rutiner utvecklas inom vården och omsorgen. Här kan IT-tekniken spela en viktig roll. På många håll i landet prövas olika IT-baserade lösningar för att förbättra kvalitet och effektivitet i vård och omsorg. Samtidigt kan den snabba IT-utvecklingen skapa problem för de personer som på grund av demenssjukdomar inte längre kan lära nytt och tappar sina intellektuella funktioner. En person i en tidig demensutveckling riskerar att bli mer isolerad än tidigare därför att så många vardagsaktiviteter i dag kräver förmåga att använda datorer och elektronisk information.

En medveten användning av den nya tekniken kan däremot underlätta för den demenssjuke och dennes anhöriga. Ett sådant exempel är bildtelefoni som kan ge kunskaper och stöd samt hjälpa anhöriga att hålla kontakt med den sjuke och vårdpersonalen när avstånden är långa. Eftersökningslarm, som kan aktiveras om en person med demens avviker, kan öka tryggheten hos anhöriga och vårdpersonal. IT-tekniken kan också användas till att bygga upp Internetbaserade kunskapsbanker där vårdpersonal och anhöriga kan logga in sig för att hämta information och kunskap om demenssjukdomarna och om goda omvårdnadsmetoder. Datorstöd och elektroniska hjälpmedel kan underlätta för vårdarna i omvårdnadssituationen. Exempel på detta är datoriserade vårdplaner, dokumentation som kan användas i samverkan mellan olika vårdgivare eller olika former av elektroniska koder och larm som kan underlätta till-

synen av de demenssjuka personerna. IT har på många sätt inneburit en positiv utveckling av vården.

Kunskapen om tillgång till hjälpmedel för personer med demenssjukdom behöver över lag utvecklas. Det gäller inte minst för de anhöriga. Organisation av och tillgången till hjälpmedel samt i vilken mån de är subventionerade eller kostnadsfria skiljer sig i dag mellan olika landsting och kommuner. Det är också oklart om det är kommuner eller landsting som skall tillhandahålla hjälpmedel. Det behövs därför enligt regeringens uppfattning en tydligare ansvarsfördelning, bättre information om hjälpmedel och mer kunskap om hur hjälpmedel kan användas för att förbättra livssituationen för äldre personer med demenssjukdom som bor kvar i det egna hemmet och deras anhöriga. Regeringen anser att Hjälpmedelsinstitutet har en viktig roll i arbetet med dessa frågor. Institutet bedriver också ett intressant flerårigt projekt för att pröva och utveckla användningen av teknik för personer med demenssjukdom och deras anhöriga.

### 5.3 Psykisk ohälsa hos äldre

Psykisk ohälsa är vanligt förekommande hos äldre. Vid 75 års ålder har cirka 15 procent någon psykiatrisk diagnos, t.ex. depressivt syndrom, ångestsyndrom eller olika former av psykotiska tillstånd. Depression är dock den enskilt vanligaste orsaken till psykisk ohälsa hos äldre. Kroppsliga sjukdomar och demens ökar risken för depression men även stressande livshändelser ökar risken på liknande sätt hos äldre som hos yngre personer. En nära anhörigs dödsfall är exempelvis en riskfaktor för depression. Ytterligare riskfaktorer är ett svagt socialt nätverk, sömnstörning, funktionshinder och tidigare depression. Kvinnor rapporterar psykiska besvär i betydligt större omfattning än män. Av en undersökning år 2003 framgår att andelen kvinnor i åldern 65–79 år som rapporterar lätta eller svåra besvär med ångslan, oro eller ångest uppgår till cirka 27 procent medan motsvarande siffra för männen är cirka 14 procent (Socialstyrelsens folkhälsorapport 2005). Det kan finnas flera förklaringar till skillnaderna mellan kvinnor och män. En viktig faktor kan vara att kvinnor lever längre än män och därmed i större utsträckning utsätts för riskfaktorer för psykisk ohälsa, t.ex. en nära anhörigs dödsfall eller funktionshinder.

Uppskattningsvis var fjärde äldre kan behöva någon form av insatser för sina psykiska problem. Det kan gälla både allvarigare psykisk sjukdom och lindrigare former av psykisk ohälsa. I många fall finns den psykiska ohälsan som ett problem bland flera somatiska sjukdomar och risken är stor att de psykiska problemen inte uppmärksammas. Ett stort antal äldre har odiagnostiserade och obehandlade psykiska problem och sjukdomar, trots en förhållandevis tät kontakt med hälso- och sjukvård och hemtjänst.

Genom den nationella handlingsplanen för hälso- och sjukvården åren 2001–2004 tillfördes huvudmännen totalt cirka 9 miljarder kronor i syfte att stimulera utvecklingen inom primärvård, vård- och omsorg om äldre, psykisk ohälsa samt mångfald. Inom ramen för handlingsplanen tecknades ett utvecklingsavtal mellan staten och Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet, enligt vilket huvudmännen skulle svara bl.a.

för att äldre med psykiatriska vårdbehov identifierades och erbjuds behandling.

Socialstyrelsen har följt upp handlingsplanen och har i sin slutrapport år 2005 konstaterat att trots att den psykiska ohälsan hos äldre kan betraktas som ett folkhälsoproblem, är identifiering och behandling av psykisk ohälsa det utvecklingsområde i handlingsplanen som är mest eftersatt. Socialstyrelsen pekar på utvecklingsbehov inom flera områden när det gäller äldres psykiska ohälsa.

Det behövs fler utbildningssatsningar för att öka kunskapen om äldres psykiska ohälsa. Äldres symtombilder skiljer sig från yngres och det behövs därför särskild kunskap för att uppmärksamma äldres problem så att behandlingsbara tillstånd med positiv prognos särskiljs från demensutveckling.

Socialstyrelsen har kartlagt verksamheten vid samtliga vårdcentraler i landet när det gäller äldres psykiska ohälsa. Av kartläggningen framgår att det finns behov av att stärka verksamheten för äldre med psykisk ohälsa, t.ex. när det gäller vårdprogram för omhändertagande, samtalsbehandling och uppsökande verksamhet. Av kartläggningen framgår att i genomsnitt drygt en fjärdedel av den personal som arbetar med äldre patienter med psykisk ohälsa får handledning. De regionala variationerna är stora.

Regeringen har mot bakgrund av de fortsatta utvecklingsbehoven inom bl.a. den psykiatriska vården för äldre träffat nya överenskommelser med Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet om utveckling av primärvård, vård och omsorg om äldre samt psykiatri under åren 2005–2007. Åtagandena i den ursprungliga handlingsplanen, bl.a. vad gäller psykisk ohälsa hos äldre, kvarstår. För att förbättra tillgängligheten till, stödja och stimulera verksamhetsutvecklingen inom vård och socialt stöd för personer med psykisk sjukdom eller psykiska funktionshinder har i budgetpropositionen för år 2005 avsatts 500 miljoner kronor år 2005 och 200 miljoner kronor år 2006.

Den satsning som genomförs inom ramen för den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården är viktig för att förbättra identifieringen och behandlingen av psykiska problem hos äldre. Socialstyrelsens utvärdering av huvudmännens arbete inom ramen för handlingsplanen under åren 2001–2004 visar att det fortfarande finns stora utvecklingsbehov när det gäller psykisk ohälsa hos äldre. Regeringen vill betona vikten av att huvudmännen inom ramen för satsningen prioriterar insatser mot äldres psykiska ohälsa. Som framgår av Socialstyrelsens utvärdering behövs stärkt kompetens om äldres psykiska sjukdomar och problem, utökad handledning och en förbättrad och tidig diagnostisering inom primärvården. Det behövs också förbättringar när det gäller uppsökande verksamhet inom ramen för hemsjukvården. Därutöver behövs fortsatta insatser för att förbättra behandlingen av psykiska sjukdomar hos äldre inom såväl primärvård som specialistsjukvård. Det är viktigt att psyko-social kompetens finns representerad inom såväl landstingens som kommunernas verksamhet.



**Regeringens bedömning:** Läkemedel har en central betydelse vid behandling av äldre personers sjukdomar. Rätt genomförd behandling kan väsentligt bidra till ökad livskvalitet och minskat lidande. Svårigheter uppstår alltför ofta när äldre har många vårdkontakter för flera samtidigt sjukdomar. För riskgrupper bland äldre behöver möjligheterna att följa upp läkemedelsförskrivning förbättras. Regeringen avser att stimulera och stödja landstingen i deras uppgift att se till att äldre får en fullgod läkemedelsanvändning. Regeringen bedömer att det behövs förstärkta resurser för bl.a. läkemedelsgenomgångar, se avsnitt 5.1.1.

**Skälen för regeringens bedömning:** Enligt uppgift från Läkemedelsverket sker 40 procent av läkemedelsförsäljningen i de så kallade definierade dygnsdoserna (DDD) till patienter över 70 års ålder. Detta avser försäljning av läkemedel i öppenvården. Socialstyrelsen överlämnade i januari 2005 sin rapport "Indikatorer för utvärdering av kvaliteten i äldres läkemedelsterapi". Enligt den har användningen av läkemedel bland äldre ökat de senaste åren. Mest påtagligt är det i särskilda boendeformer där äldre i dag använder i medeltal åtta till tio olika läkemedel. Den omfattande läkemedelsanvändningen innebär en stor risk för biverkningar och läkemedelsinteraktioner. Rapporten pekar på stora kvalitetsbrister i äldres läkemedelsanvändning och att uppföljning av kvaliteten och säkerheten i användningen inte sker rutinmässigt. Socialstyrelsen framhåller i rapporten vikten av att landstingen lever upp till sin lagstadgade skyldighet att erbjuda alla en fast läkarkontakt i primärvården. Socialstyrelsen framför att detta är särskilt viktigt i de fall enskilda har flera olika medicinska diagnoser och en omfattande läkemedelsbehandling. Socialstyrelsen avser att i samband med en översyn av sina föreskrifter och allmänna råd om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården (SOSFS 2000:1, omtryckt 2001:17 och 2005:24) tydliggöra att den fasta läkarkontakten i primärvården har ett samordnande ansvar för patientens läkemedelsanvändning samt tydliggöra vårdgivarnas ansvar för att organisera regelbundna uppföljningar av läkemedelsanvändningen hos äldre. Regeringen välkomnar Socialstyrelsens initiativ.

Av Socialstyrelsens uppföljningsrapport framgår att äldres läkemedelsanvändning har ökat kontinuerligt under årens lopp. Av rapporten framgår vidare att ökningen är särskilt påtaglig i de grupper som brukar betecknas som sköra på grund av demenssjukdom eller multipla somatiska sjukdomar. Den ökande läkemedelsanvändningen beror enligt Socialstyrelsen till stor del på att nya läkemedel kontinuerligt introduceras. Det kan innebära nya möjligheter att behandla sjukdomar och besvär hos äldre, men bidrar samtidigt till polyfarmaci och de risker den innebär i form av bl.a. biverkningar och läkemedelsinteraktioner. Kartläggningen i Socialstyrelsens rapport tyder på att rutiner och åtgärder för att upprätthålla god kvalitet i äldres läkemedelsanvändning och förebygga polyfarmaci inte har hållit jämna steg med ökningen av läkemedelsförskrivningen hos äldre. Ett skäl till detta kan vara att förskrivarna har saknat instrument som kan användas som stöd vid förskrivning och uppföljning av läkemedelsbehandling. Socialstyrelsen har utarbetat indikatorer för

utvärdering av kvaliteten i äldres läkemedelsterapi. Indikatorerna kan vara ett stöd för förskrivaren i valet av dosering och lämplig läkemedelsbehandling, genom att visa vilka läkemedel eller kombinationer av läkemedel som kan vara problematiska och vilka som är mer lämpliga vid behandlingen av äldre. De kan också användas för att identifiera läkemedelsrelaterade problem vid läkemedelgenomgångar. Som uppföljningsinstrument kan de också tillämpas på olika nivåer i sjukvården, t.ex. vid uppföljning av förskrivningsmönster eller för att följa kvaliteten på landstingsnivå samt i tillsynsverksamheten. Landstingens läkemedelskommittéer hade i fjol ”Äldres läkemedel” som tema för sitt arbete. Ett mål för kommittéernas arbete var bland annat att sprida kunskap om Socialstyrelsens indikatorer och verka för att de används i det dagliga arbetet inom hälso- och sjukvården.

En patient ordinerar ofta läkemedel av olika förskrivare. Det finns därför ett stort behov av att få tillgång till samlad information om patientens läkemedelsanvändning. En nationell ordinationsdatabas som innehåller alla förskrivningar, ordinationer och expedieringar som görs inom svensk hälso- och sjukvård samt apotek, skulle kunna möta detta behov. Regeringen har därför i skrivelsen "Nationell IT-strategi för vård och omsorg" (Skr. 2005/06:139) pekat ut skapandet av en nationell ordinationsdatabas som en prioriterad fråga.

Syftet är att förbättra läkemedelsanvändningen genom bättre beslutsunderlag för patienten, förskrivaren och farmaceuten. Vid förskrivning och expediering arbetar förskrivaren eller farmaceuten direkt emot ordinationsdatabasen vilket gör att ordinationerna, expedieringarna och även ordinationsförändringar får direkt genomslag i databasen. Registreringen i databasen bör vara obligatorisk men för att förskrivare eller farmaceut ska få ta del av informationen krävs samtycke från patienten.

#### *Multiprofessionell läkemedelsgenomgång för äldre*

Inom den kliniska hälso- och sjukvården utnyttjas i dag i mycket begränsad omfattning den sakkunskap som farmaceuter, dvs. apotekare och receptarier, besitter på läkemedelsområdet. Multiprofessionella läkemedelsgenomgångar inom hälso- och sjukvården, dvs. samarbete mellan läkare och apotekare med specifik kompetens inom diagnos och terapi respektive läkemedelskunskap, har visats leda till att läkemedel i stor utsträckning omvärderas, insätts, utsätts och att doserna justeras, vilket kan bidra till ökad patientsäkerhet och minskade kostnader för hälso- och sjukvården. Biverkningar och olämpliga läkemedelskombinationer upptäcks och läkemedel som inte längre behövs tas bort. Läkemedelsgenomgångar kan i många fall reducera antalet läkemedel och bibehålla eller förbättra livskvalitet till en lägre kostnad. Rutinmässiga läkemedelsgenomgångar borde därför vara en självklarhet, ur både patientsäkerhets- och kostnadssynpunkt.

En studie från år 2004, vid Akademiska sjukhuset i Uppsala, visade att av de 18 000 patienter som blev inlagda på medicinkliniken det året var inläggningsorsaken i tio procent av fallen läkemedelsrelaterad. Kostnaderna för dessa inläggningar uppgick till 28,8 miljoner kronor.

Den patientansvarige läkaren, oftast en allmänläkare, har behov av stöd från olika professioner för bedömning av behandling av den multisjuka

patienten. Multiprofessionella läkemedelsgenomgångar inom hälso- och sjukvården har i studier visat bl.a. att patientsäkerheten ökar och kostnaderna för hälso- och sjukvården minskar. Patienterna har också upplevt förbättringar av besvär som de har haft i början av studierna. Exempelvis har diarréer, svettningar, illamående och muntorrhet minskat, liksom att sömnen i vissa fall har förbättrats.

Med hänsyn till att studier av läkemedelsgenomgångar visat mycket goda resultat både för individer och för samhälle finns det beaktansvärda skäl till att genomföra fler och mer regelbundna läkemedelsgenomgångar i hälso- och sjukvården.

### *Läkemedelsförteckningen*

Den 1 juli 2005 trädde lagen (2005:258) om läkemedelsförteckning i kraft. Lagen innebär att Apoteket AB skall utföra automatiserad behandling av personuppgifter i ett särskilt register över köp av förskrivna läkemedel (läkemedelsförteckning). Förteckningen är obligatorisk och skall innehålla uppgift om vilket läkemedel som köpts, vilken dag läkemedlet inhandlades, mängden och doseringen av läkemedlet och den registrerades namn och personnummer.

Regeringen gör bedömningen att läkemedelsförteckningen kommer att vara ett viktigt redskap vid läkemedelsförskrivning och uppföljning av förskrivning till framför allt personer som behandlas med flera läkemedel parallellt, dvs. ofta de äldre multisjuka. En förutsättning för att förskrivare av läkemedel och farmaceuter på apotek skall få tillgång till uppgifterna i förteckningen är att den registrerade lämnar sitt samtycke till detta.

### *Jämställd vård*

Socialstyrelsens rapport ”Jämställd vård? Könsperspektiv på hälso- och sjukvården”, som publicerades år 2004, visar bl.a. att kvinnor oftare går till läkare och att kostnaderna för deras sjukvård är totalt sett cirka 16 procent högre än männens (13 500 kronor respektive 11 500 kronor per invånare). Rapporten visar också att kostnaderna för läkemedel är högre för kvinnor än för män, men männen får oftare nyare och dyrare läkemedel.

Läkemedel är idag den i särklass vanligaste behandlingsstrategin, framför allt i primärvården, och läkemedel skrivs ut till och används i allt större omfattning av både kvinnor och män. Många grupper av läkemedel förskrivs i högre grad till kvinnor än till män. De mest markanta skillnaderna ser man för läkemedel mot depression och annan psykisk ohälsa och för läkemedel mot smärta. Blodfettssänkande läkemedel, liksom flera andra grupper av läkemedel mot hjärt-kärlsjukdom, förskrivs i större utsträckning till män än till kvinnor. Hjärt-kärlsjukdom är fortfarande mycket vanligare bland medelålders män än bland kvinnor i samma ålder. Bland personer över 80 år är hjärtkärlsjukdomar lika vanliga hos båda könen. Läkemedel mot högt blodtryck förskrivs däremot idag i lika stor utsträckning till kvinnor som till män.

Kostnaderna för läkemedel är totalt sett högre för kvinnor än för män, men mäns kostnader per recept är högre. Skillnaden har flera orsaker, och en fördjupad analys visar att män oftare får nyare och därmed dyrare läkemedel än kvinnor. Detta innebär dock i allmänhet inte högre kvalitet i männens läkemedelsbehandling. Skillnaderna ger däremot upphov till frågor om orsakerna, de ekonomiska konsekvenserna, samt betydelsen av kön för det kliniska beslutsfattandet.

#### *Förskrivningsrätt för sjuksköterskor i den kommunala hälso- och sjukvården*

Socialstyrelsen överlämnade i september 2004 sin rapport om uppföljning av förskrivningsrätten för sjuksköterskor i den kommunala hälso- och sjukvården. År 1994 infördes förskrivningsrätt för distriktssköterskor gällande ett visst antal läkemedel med angivna indikationer. Sedan år 2000 har ytterligare en kategori sjuksköterskor fått förskrivningsrätt, nämligen sjuksköterskor med en annan specialistutbildning än distriktssköterska och med anställning i den kommunala hälso- och sjukvården för äldre. I rapporten redovisar Socialstyrelsen effekterna av denna utvidgning av förskrivningsrätten till ytterligare en personalkategori. Förskrivningsrätten är liksom tidigare begränsad till en fastställd lista på läkemedel, varav två tredjedelar är receptfria. För att få förskrivningsrätt krävs en kompletterande utbildning i farmakologi och sjukdomslära som omfattar tio poäng på universitetsnivå.

Målgruppen för sjuksköterskornas förskrivning är i huvudsak äldre personer som bor i särskilt boende eller får hemsjukvård i den ordinära bostaden. Fördjupad kunskap om läkemedelsbehandling av äldre människor har visat på vikten av stor försiktighet. Två problemområden som uppmärksammats är att äldre människor är känsligare för läkemedel och ofta använder många läkemedel samtidigt.

De äldre människor som får hemsjukvård i ordinärt boende eller som bor i särskilda boendeformer kan få sitt behov av läkemedel tillgodosett på flera sätt, beroende på vilken eller vilka lösningar kommun och lands- ting valt. Läkare eller sjuksköterska kan förskriva läkemedel på recept som hämtas av patienten själv eller av personal, läkemedel kan ges via individuell eller generell ordination med uttag ur det läkemedelsförråd som finns i verksamheten och patienten kan köpa receptfria läkemedel på apoteket. Sjuksköterskans förskrivningsrätt är således ett av flera sätt att tillgodose äldre människors behov av läkemedel.

I februari 2004 hade endast 75 sjuksköterskor, varav de flesta i kommuner med ansvar för hela hemsjukvården, utnyttjat möjligheten att gå den kompletterande utbildningen i farmakologi och sjukdomslära, trots att det enligt Socialstyrelsens bedömning borde finnas flera tusen sjuksköterskor i den kommunala hälso- och sjukvården som uppfyller de formella kraven att söka till den kompletterande utbildningen.

Uppföljningen visar att de sjuksköterskor som har gått den kompletterande utbildningen och fått förskrivningsrätt framförallt har upplevt att den ökade kompetensen i farmakologi och sjukdomslära har gett dem en mycket större säkerhet i bedömningen av patientens hälsotillstånd, att de fått lättare att känna igen olika symptom och att föreslå lämpliga läkemedel.

Socialstyrelsen har i sin uppföljning funnit att den kompletterande utbildning som sjuksköterskorna får medför positiva földeffekter som gynnar de patienter som vårdas i den kommunala hälso- och sjukvården. Regeringen ser mycket positivt på denna utveckling och vill här framhålla vikten av att sjuksköterskor erbjuds att genomgå den kompletterande utbildningen.

## 6 Utvecklingsområde 2: Trygghet i boendet

**Sammanfattning:** Goda bostäder som tillgodoser individens behov och som är anpassade till den enskildes förutsättningar, i form av t.ex. intressen, sjukdomar eller funktionshinder, är viktiga för äldres välbefinnande och hälsa. Enskilda har ett ansvar för att planera sin framtida boendesituation. Samhället har dock ett ansvar för att det finns tillgång på lämpliga bostäder och det är angeläget att kommunerna vid planeringen av bostadsförsörjningen kartlägger och planerar efter äldre personers behov. Kommunernas ansvar för bostadsförsörjningen bör tydliggöras. Kommunerna ansvarar för att tillgången på lämpliga bostäder är tillräcklig. De allmännyttiga bostadsföretagen spelar i detta sammanhang en viktig roll. Regeringen bedömer att stimulansmedel behövs för stöd till nybyggnad av, ombyggnad av och ombyggnad till särskilda boendeformer för äldre. Regeringen avser att tillsätta en delegation för att följa och analysera behoven och utvecklingen av boendefrågor för äldre. Regeringen kommer att tillsätta en utredning för att förtydliga regelverket inom äldreomsorgen. I utredningens uppdrag skall ingå att se över möjligheterna för äldre par att kunna fortsätta bo tillsammans även sedan den ene av dem fått behov av särskilt boende. För de par där båda är i behov av särskilt boende avser regeringen att förtydliga att begreppet skälig levnadsnivå innefattar att de skall beredas plats i samma boende, om de begär det.

### Inledning

Möjligheten att bo kvar i den egna bostaden är en viktig del av äldrepolitiken. Fler moderna och tillgängliga bostäder har gjort det möjligt för personer med fysiska funktionsnedsättningar att bo kvar eller att kunna skaffa en passande bostad. Möjligheterna att få bidrag till bostadsanpassning i den egna bostaden har ytterligare ökat möjligheterna att bo kvar. En ökad trygghet i hemmet genom kvalificerade insatser från hemtjänst och hemsjukvård har också bidragit till att det blivit vanligare att människor kan och vill bo kvar i det egna hemmet.

Äldre personer behöver tillgång till bostäder som passar den egna livsstilen. Bostäder behöver därför utformas så att både boendet och den yttre miljön fungerar även om den äldre personen får funktionsnedsättningar som exempelvis nedsatt rörelseförmåga, syn eller hörsel.

Regeringens uppfattning är att det behövs en fortsatt utveckling i kommunerna för förbättringar av bostädernas användbarhet för äldre personer och för att öka möjligheterna att välja boende. Det behövs också en utveckling av service, vård och omsorg som ger goda förutsättningar för

att äldre personer ska känna trygghet i sin vardag. För dem som trots olika insatser inte känner sig trygga i sin bostad måste det utvecklas alternativ som bättre tillgodoser rimliga anspråk på trygghet. Det kan exempelvis handla om ett bättre utbud av bostadsalternativ på den ordinarie bostadsmarknaden eller om att erbjuda särskilt boende även till personer som inte har behov av personlig omvårdnad dygnet runt. Det är även viktigt att uppmärksamma hemlösa äldre personers behov. Förutom problemet med behov av en bostad har de ofta sämre tillgång till vård och tandvård.

För många äldre medför krämpor, sviktande hälsa och glesnande sociala nätverk att det är svårare att klara vardagen som förut. Hur väl det fungerar beror till stora delar på hur bostaden och boendemiljön är utformad, om närstående finns som kan vara ett stöd, hur hemtjänst och hemsjukvård fungerar, samt hur väl samarbetet med de omgivande nätverken i samhället fungerar. Det är viktigt att man redan på planeringsstadiet till en nybyggnation tar hänsyn till de behov som äldre kan ha. Mycket enkla åtgärder, som att t.ex. undvika trappsteg vid ingången till en fastighet, kan möjliggöra för äldre att bo kvar i sitt hem även sedan de drabbats av funktionshinder och det blivit omöjligt för dem att gå i trappor. Att förbättra tillgängligheten är en viktig äldrepolitisk fråga. Regeringen bedömer att tillgänglighetsfrågorna har fått ökad prioritet i arbetet de senaste åren och förbättringar har skett. I den nationella handlingsplanen för handikappolitiken (prop. 1999/2000:79) sattes två tydliga mål upp för tillgängligheten till år 2010. Det ena målet är att kollektivtrafiken bör vara tillgänglig för alla år 2010. Det andra målet är att enkelt avhjälpna hinder till lokaler som allmänheten har tillträde till och till allmänna platser skall var undanröjda senast år 2010. Båda dessa mål är också i högsta grad relevanta för äldrepolitiken.

Design för alla, en satsning under Designåret 2005, arbetade för att produkter, bruksföremål, byggnader, IT-produkter, inomhus- och utemiljöer samt tjänster bör vara tillgängliga för alla människor så långt detta är möjligt. Tankarna och idéerna tas tillvara i ett treårigt projekt där Handisam, svensk Industridesign och Handikappförbundens samarbetsorgan inlett ett samarbete med European Design and Disability (EIDD). Projektet drivs med medel från Allmänna arvsfonden. Detta arbete kommer att bli allt viktigare i framtiden, inte minst som en viktig konkurrensfaktor för näringslivet. Design för alla är en viktig del i många designprogram och i andra utbildningar där design ingår. I februari 2004 tillsatte regeringen ett råd för arkitektur, form och design. Rådets huvuduppgift är att, bland annat med inriktning på Design för alla, driva på arbetet med arkitektur, form och design.

**Regeringens bedömning:** Regeringen avser att tillsätta en delegation för att följa och analysera behoven och utvecklingen av boendefrågor för äldre. Delegationen bör bl.a. föreslå åtgärder för att stimulera tillkomsten av fler lämpliga bostäder som är anpassade för äldres behov så att möjligheter till sociala kontakter och aktiviteter underlättas. Äldre måste kunna känna sig trygga i sitt boende. Kommunerna och de allmännyttiga bostadsföretagen har en särskilt viktig roll i denna utveckling. Regeringen avser att återkomma i 2006 års ekonomiska vårproposition.

### Skälen för regeringens bedömning

För många äldre med en nedsatt rörelseförmåga kan en dåligt anpassad bostad leda till minskad livskvalitet, ensamhet, isolering och beroende av andra. Bostadsanpassning eller byte till en bättre anpassad bostad kan många gånger vara en tillräcklig lösning för den enskilde. Att följa och analysera utvecklingen av bostäder och boendeformer som är attraktiva och kan efterfrågas av äldre personer bedöms vara angeläget. Behovet av analys finns inom nyproduktion, inom ombyggnad och tillbyggnad.

#### *Fler bra bostäder för äldre*

Det är regeringens uppfattning att möjligheterna för äldre personer att finna goda boendeanterniv behövs öka. Det finns flera undersökningar som pekar på ett ökat intresse bland äldre personer att söka en långsiktig fungerande lösning på sin bostadssituation. En delvis ny situation framträder där äldre personer synliggörs som efterfrågegrupp eller konsumenter på bostadsmarknaden. I kommunernas program för bostadsförsörjning redovisas en brist på bostäder lämpliga för äldre. Det är synnerligen angeläget att samhällets planering och service utvecklas i takt med denna efterfrågan. Människor måste kunna finna bra lösningar på sina behov av boende under hela livet, även under sina många år som pensionärer. Boendet handlar inte bara om bostaden i sig utan exempelvis också om hur närsamhället fungerar, hur möjligheterna till sociala kontakter och aktiviteter ser ut samt hur man genom olika medel kan få äldre personer att känna sig trygga i sitt boende.

Regeringen menar att det är viktigt att analysera behoven och att stimulera den fortsatta utvecklingen av exempelvis områdesbaserad service som skapar trygghet för äldre. Utvecklade förmedling av bostäder, gemenskapslokaler, förbättring av närmiljöns utformning, samverkan med föreningsliv och andra ideella krafter är andra viktiga områden som bör analyseras.

Regeringens uppfattning är att kommunerna, inte minst genom sina allmännyttiga bostadsföretag, har en betydelsefull roll och ett ansvar när det gäller byggande av bostäder och gemenskapslokaler anpassade efter äldres behov. Äldres möjligheter till sociala kontakter och aktiviteter bör underlättas. Särskilt viktigt är produktion av bostäder som upplåts med hyresrätt.

Regeringen avser att tillsätta en delegation med uppdrag att följa och analysera, lämna förslag och påverka utvecklingen av boendefrågor för äldre både inom den ordinarie bostadsmarknaden och inom särskilda boendeformer.

Delegationen bör ha ett utåtriktat arbetssätt och kan genom besök och lokala eller regionala seminarier bilda sig en uppfattning om utvecklingsbehoven. Delegationen kan ta värdefulla initiativ genom att föra dialog med kommunerna och stimulera till inventeringar och riktad förmedling av bra bostäder för äldre. Den kan även arrangera idéseminarier där arkitekter och idégivare för utveckling av områdesservice kan fungera som inspiratörer för det lokala arbetet. Delegationen kan också få en värdefull roll genom att särskilt peka ut sådana hinder i regelsystemet som upplevs som försvårande i perspektivet att utveckla bostäder och boende för den åldrande befolkningens behov.

Vidare bör delegationen analysera och föreslå åtgärder för att stimulera tillkomsten av fler lämpliga bostäder för äldre samt sprida goda exempel. I delegationen bör olika intressenter som kommuner, myndigheter som Socialstyrelsen, Boverket och Hjälpmedelsinstitutet, bostadsföretag och pensionärsorganisationer vara företrädna. Delegationen kommer att tillsättas under år 2006. Regeringen återkommer i 2006 års ekonomiska vårproposition angående 2006 och behovet av medel för därefter följande år.

### **6.1.1 Bostäder utformade efter äldres behov**

Det är viktigt att de som nått pensionsåldern men även morgondagens äldre tar initiativ för att i tid genomföra nödvändiga förändringar av boendet. Den enskilde har ansvar för att tänka igenom och själv planera för de åtgärder man anser nödvändiga för att det egna boendet skall fungera bra på äldre dar. Det kan handla om att öka tillgängligheten i det egna huset vid renovering och underhåll eller söka sig ett mer lämpligt boende.

Kommunerna har enligt bostadsförsörjningslagen ett övergripande ansvar för att det skall finnas goda bostäder till alla i kommunen. Enligt socialtjänstlagen har kommunerna ansvar för särskilda boendeformer för dem som har behov av det. Eftersom endast omkring 8 procent av de äldre bor i särskilda boende är boende för äldre en fråga för den generella bostadsförsörjningen. Kommunerna kan ge sina egna bostadsföretag en viktig roll i detta arbete, exempelvis genom ägardirektiv. Det finns anledning att ta tillvara både privata och allmännyttiga fastighetsförvaltares erfarenheter och kunskaper när det gäller att utveckla befintliga boendemiljöer eller att ta fram nya alternativa boendeformer med olika servicenivå.

#### *Bostäder anpassade för äldre*

Seniorboende är bostäder som är särskilt anpassade efter äldre personers behov och som hyrs ut via bostadsföretag eller upplåts med bostadsrätt.



En enhetlig definition av seniorbostäder finns inte. Seniorbostäder kan utgöra ett helt hus, lägenheter i en trappuppgång eller enstaka lägenheter i ett område. Det finns heller ingen entydig bild av hur önskemålen eller efterfrågan egentligen ser ut. Det är vanligen möjligt att ställa sig i kö för seniorbostad. Bostäder med hyresrätt är den vanligaste upplåtelseformen bland de senaste årens seniorbostäder. Seniorboendet kan mycket väl fungera som ett boende där trygghetsskapande åtgärder ingår och vid individuella behov förstärks ytterligare. Skillnaden gentemot de gamla servicehusen är att generella åtgärder som ger god funktionalitet och grundläggande trygghet just för äldre ses som en del av krav och önskemål på vad bostadsmarknaden skall kunna erbjuda i stället för som en biståndsprövad åtgärd. Eftersom det inte finns någon fastställd definition av vad som avses med seniorbostäder är det svårt att veta hur utbudet ser ut. En indikation kan fås i Boverkets bostadsmarknadsenkät år 2005. Där uppger ungefär hälften av landets kommuner att de har brist på bostäder för medelålders och äldre som vill flytta till en mindre bostad. Boverket anger att detta är en grov uppskattning som inte säger något om antalet bostäder som behövs. I sammanhanget kan även nämnas att 128 av landets kommuner uppger att de har projekt på gång med seniorbostäder. I sex av tio projekt är byggherren ett allmännyttigt bostadsföretag.

#### *Att kunna bo på ett tryggt sätt*

Allt fler klarar trots omfattande behov av hjälp och stöd av att bo i en vanlig bostad under allt längre tid av sina liv. Under senare år har det blivit vanligare att bostadsmarknaden också erbjuder bostäder särskilt utformade eller riktade till äldre personer som hyresgäster eller ägare.

Den fysiska tillgängligheten i det vanliga bostadsbeståndet, utbyggnaden av trygghetslarm, hemtjänst och hemsjukvård dygnet runt, samt de korta vårdtiderna inom den slutna sjukvården, har kraftigt förändrat den roll servicehusen fyllde för 20 år sedan. Det som då uppfattades som allvarliga brister handlade framförallt om att det inte var möjligt att kunna välja att bo i en egen bostad. Vistelsetider i särskilt boende på tio år eller längre som förr var vanligt är mycket sällsynt idag. Särskilt boende behövs i dag i färre situationer och under kortare tid av livet. Det innebär att ett givet antal platser räcker till fler personer eftersom platserna omsätts oftare nu än förr.

Behovet av trygghet och att ha valmöjligheter är en genomgående röd tråd när äldre personers boende i dag beskrivs och diskuteras. En utbyggd hemtjänst och hemsjukvård har gjort det tryggare att välja att bo kvar. Många fortsätter att bo kvar där de redan bor, medan andra vill söka ett annat boende. Seniorboende används som ett samlingsnamn för bostäder avsedda för äldre där tryggheten ofta är förstärkt i någon form. Utöver god tillgänglighet för personer med funktionshinder och trygghet ifall det skulle hända något, är servicen i seniorboendet ett resultat av det lokala utbudet och den lokala efterfrågan. I exempelvis Halmstad genomförs en inventering av bostäder lämpliga för äldre. Tillgängligheten klassificeras i ett poängsystem och underlättar matchningen mot äldre personers önskemål. Inventeringarna kommer också att kunna användas i kommunens program för bostadsförsörjningen.

En utvecklad och moderniserad bostadsförmedling kan vara en resurs och länk till service och tjänster som behövs för att boendet som helhet skall fungera tryggt och bra för äldre. De särskilda boendeformerna har sin huvudroll i att ge trygghet och omfattande omvårdnad där vård och omsorg i hemmet inte förslår. Särskilt boende är förbehållet dem som har behov av särskilt stöd.

### *Bostadsanpassning*

Det kommunala bidraget till anpassning av bostäder har stor betydelse för äldre personers möjligheter att bo kvar i det ordinarie bostadsbeståndet men också för att vårdpersonal skall kunna få en rimlig arbetsmiljö. Antalet beviljade ansökningar uppvisar en nära nog konstant ökning de senaste 30 åren. År 2004 beviljade kommunerna 63 300 bidrag till bostadsanpassning.

I 120 kommuner genomfördes individuella anpassningsåtgärder i särskilda boendeformer. Dessa åtgärder är vanligtvis små både till omfattning och till kostnad. I omkring 100 kommuner beviljades ansökningar om att för en enskild individ installera handikapphiss i flerbostadshus. Dessa åtgärder föranleds av att en stor andel av lägenhetsbeståndet finns i hus som saknar hiss. En annan vanlig åtgärd i flerbostadshus är installation av automatisk dörröppnare. Andra vanliga åtgärder är anpassning av trösklar, badrum, montering av ramp och anpassning av dörrar. Totalt kostade bostadsanpassningen 835 miljoner kronor år 2004.

### *Förbättrad tillgänglighet i äldre hus*

De allra flesta äldre svarar i undersökningar att de vill bo kvar så länge som möjligt i den bostad de redan har. Band som under lång tid knutits till människorna och området är socialt sett viktiga. Äldre personer som bor kvar är värdefulla för hela området och bidrar till trygghet och stabilitet. Anpassning för ökad tillgänglighet och användbarhet av bostäder och hus är en del i en politik för alla åldrar. God tillgänglighet gynnar såväl familjer med barn som yngre och äldre personer med funktionsnedsättningar.

Enligt rapporten Bättre koll på underhåll (Boverket år 2003) saknar sannolikt 1 000 000 lägenheter i hus med tre eller fler våningar tillgång till hiss. För dem som bor där kan det vara svårt att bo kvar när funktionsförmågan avtar.

Förbättrad tillgänglighet i bostäderna fordrar ett långsiktigt och mångårigt arbete. Med tanke på den långsiktiga utvecklingen med en ökande andel äldre i befolkningen är det nödvändigt att öka användbarheten i det befintliga bostadsbeståndet. År 2030 kommer omkring var femte invånare att vara ålderspensionär. En central framgångsfaktor för den framtida bostadsförsörjningen är att planera för tillgänglighet i boendet.

Ett särskilt boende kännetecknas främst av krav på att bostaden skall vara utformad och utrustad så att den boende kan fortsätta leva ett så självständigt liv som möjligt, krav på att de tjänster som den enskilde behöver skall kunna ges under alla tider på dygnet samt krav på att det skall finnas tillgång till personal som dels kan bedöma när social eller medicinsk vård krävs, dels också svara för att sådan ges. Mellan åren 2000 och 2004 har antalet kvinnor i särskilda boendeformer minskat från ca 85 000 till ca 74 000 och antalet män från ca 36 000 till ca 31 000. Andelen av befolkningen över 65 år i särskilt boende minskade något mellan åren 2000 och 2004, samtidigt som andelen med hemtjänst ökade under samma period. Totalt sett väger förändringarna inom hemtjänst och särskilt boende i stort sett upp varandra. Socialstyrelsen drar i lägesrapporten för år 2005 slutsatsen att förändringen kan ha gått för fort och att det i vissa kommuner finns en risk för att utvecklingen får negativa konsekvenser för kvaliteten i vården och omsorgen.

Som ett stöd främst för anhöriga har särskilda platser för korttidsvård eller korttidsboende kommit att få stor betydelse. Sådana platser erbjuds i dag i många kommuner. Dagverksamhet fyller också funktionen att ge avlösning för anhöriga samtidigt som exempelvis den som har en demenssjukdom får samvaro och aktiviteter i gemenskap med andra.

De särskilda boendeformerna har i dag främst kommit personer med mycket omfattande omvårdnadsbehov till del, till exempel personer med demenssjukdom.

Vad gäller särskilda boenden finns det många fall där insatsen beviljats men inte verkställt, liksom avslagsbeslut trots att det finns behov av insats. Den 31 december 2004 hade knappt 2 500 äldre personer, varav 1 600 kvinnor och 900 män, ett beslut om särskilt boende som inte verkställt. Att kvinnorna är fler hänger samman med att kvinnor i större utsträckning ansöker om, och också bor, i särskilda boenden. Av dessa personer hade 65 procent väntat kortare tid än tre månader. Femton procent hade fått ett erbjudande men tackat nej av olika skäl. I samma studie redovisades drygt 2 000 ärenden där äldre personer fått avslag på ansökan om boende, trots att behov hade konstaterats. Boverket har i rapporten Bostadsmarknadsenkäten år 2005 redovisat att det i 6 procent av kommunerna kommer att finnas en brist på särskilt boende för äldre även om man tar hänsyn till beslut om och pågående utbyggnad de närmaste två åren. I 7 procent av kommunerna finns ett överskott på särskilt boende för äldre.

Omkring 2 900 personer bor i flerbäddsrum med någon man inte själv valt. Här behöver standarden höjas. Det finns ett ej närmare preciserat behov av att ersätta mindre lämpliga bostäder för personer med demenssjukdom.

Enligt Socialstyrelsens lägesrapport 2004 medför det minskade utbudet av platser i särskilt boende en restriktivitet i biståndsbedömningen och besluten om vilka som skall få plats. Att inte beakta andra förhållanden än behov av omvårdnad dygnet runt vid utredning och beslut om särskilt boende står inte i överensstämmelse med de krav socialtjänstlagen (2001:453, SoL) ställer. Det är viktigt att även beakta t.ex. oro och

otrygghet i sådana utredningar och beslut. Den kapacitetsbrist som finns i ett mindre antal kommuner behöver åtgärdas.

För många personer med demenssjukdom och för många som är svårt sjuka är särskilt boende det alternativ som bäst kan tillgodose behovet av vård och omsorg samt trygghet. Utformningen av bostäderna och allmänna utrymmen i särskilt boende ger tillsammans med den fasta personalbemanningen en boendemiljö som ger dem som har behov av särskilt stöd en hög grad av säkerhet och trygghet. Fler vanliga bostäder med god tillgänglighet, bra hjälpmedel och en hemtjänst som utvecklats till att kunna ge allt fler en god och omfattande hjälp i hemmet har påverkat efterfrågan eller behoven av särskilda boendeformer. Ändå finns det personer i sådana livssituationer som enligt regeringens mening också bör kunna komma ifråga för att beviljas plats i särskilt boende. De som känner sig otrygga och isolerade med att bo kvar i sin bostad i villan eller den vanliga trappuppgången trots en väl fungerande hemtjänst och hemsjukvård behöver erbjudas adekvata insatser och åtgärder för de problem de upplever.

Biståndsbedömningen har en nyckelroll när det gäller äldre personers möjligheter till särskilt boende. I en undersökning år 2002 av samtliga länsrättsdomar under sex månader avseende hemtjänst och särskilt boende för personer 65 år och äldre, återfanns de överklagade besluten i 100 av landets kommuner. Endast en mycket liten del av samtliga beslut leder till beslut om avslag, och endast en liten del av avslagen överklagas. De som överklagade hade en medelålder på 83 år. Länsrätterna biföll fyra av tio överklaganden vilket visar att deras prövning fyller en viktig funktion. I betänkandet Beviljats men inte fått (SOU 2004:118) redovisas en enkätundersökning där många kommuner uppger att endast få äldre personer överklagar avslagsbeslut. Det kan bero på respekt för auktoriteter, att de inte vill vara till besvär eller helt enkelt inte orkar.

Hur biståndsbedömningen går till har en starkt styrande effekt på hur beslutet utformas. Regeringen menar att den höga ändringsfrekvensen i länsrätten tyder på att kommunerna gör en alltför restriktiv tolkning av socialtjänstlagen.

I SoL och dess förarbeten nämns en rad förhållanden som socialnämnden särskilt skall beakta när den gör bedömningen av om en enskild är i behov av boende i en sådan särskild boendeform som avses i 5 kap. 5 § SoL. Att dessa förhållanden inte samlats i ett lagrum eller förarbete medför en viss svåröverskådlighet. Skälen för att de inte samlats är dels att vissa av förhållandena skall beaktas rent generellt i alla åtgärder enligt SoL medan andra avser endast särskilt boende, dels att lagändringar gjorts vid olika tidpunkter och att det i förarbetena till lagändringarna inte ansetts nödvändigt att upprepa redan tidigare gällande bestämmelser eller uttalanden som gjorts i andra förarbeten.

Att en så stor andel av de beslut som socialnämnderna fattar om att avslå ansökningar om särskilt boende ändras av domstol, tyder dock ändå på en otydlighet om vad som särskilt skall beaktas vid prövningen.

Det finns därför skäl att här redovisa viktiga förhållanden att beakta. Grundläggande kriterier för den enskildes behov av särskilt boende är naturligtvis hans eller hennes *fysiska och psykiska hälsa och funktionsförmåga*. Av 1 kap. 1 § SoL följer att den enskildes *självbestämmande, integritet och möjligheter att aktivt delta i samhällslivet* alltid skall beak-

tas. Av 5 kap. 4 § SoL följer att den enskildes *möjligheter att bo självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra* skall beaktas. Av 5 kap. 5 § SoL följer att den enskildes *service- och omvårdnadsbehov* skall beaktas. Samtidigt som en skyldighet för kommunerna att inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad infördes i SoL i samband med Ädelreformen, markerades kommunernas ansvar för att inrätta dagverksamheter. De vårdinrättningar som fördes över från landstingen till kommunerna var sådana särskilda boenden. Dagsjukvården inom den somatiska långtidsjukvården vid sådana vårdinrättningar ansågs vara ett kommunalt ansvar. I dagsjukvård är rehabilitering ett dominerande inslag. Att även den enskildes *rehabiliteringsbehov* skall betraktas framgår därför av prop. 1990/91:14 s. 47.

#### *Kvalitetsutveckling i särskilt boende för personer med demenssjukdom*

Särskilt boende för personer med demenssjukdom kännetecknas främst av småskalighet, hemlighet och närheten mellan boende och personal. En vanlig form av särskilt boende för personer med demenssjukdom är gruppboende. Dagens vård och omsorg om personer med demenssjukdom omfattar även palliativ vård vilket kräver behov av mer kompetens hos personalen när det gäller nutrition, smärtlindring och annan medicinsk specifik omvårdnad. Regeringen bedömer att det finns ett stort behov av kvalitetsutveckling i de särskilda boendeformerna för demenssjuka personer och att de kunskaper som kommit fram genom de senaste årens forskning måste genomsyra det arbetet.

### 6.3 Parbogaranti

**Regeringens bedömning:** Det bör förtydligas att i de fall makar, sambor eller registrerade partner båda är i behov av särskilt boende skall med skälig levnadsnivå förstås att båda bereds plats på samma boende om de begär det. Möjlighet för par att kunna fortsätta bo tillsammans även när endast den ena maken, registrerade partnern eller sambon har behov av särskilt boende skall ingå i den kommande utredningen för att förtydliga regelverket inom äldreomsorgen, se avsnitt 8.1.

**Skälen för regeringens bedömning:** Om båda personerna i ett par behöver plats i särskilt boende och vill fortsätta bo tillsammans är det i dag inte givet att man erbjuds att bo tillsammans. Regeringen anser att det är rimligt att äldre par, som kanske levt tillsammans i flera decennier, kan fortsätta bo tillsammans även sedan de beviljats särskilt boende. Att kunna fortsätta leva tillsammans ökar i många fall trygghetskänslan. Regeringen har för avsikt att genom verkställighetsföreskrifter förtydliga begreppet skäliga levnadsvillkor vad gäller äldre som bor i särskilda boenden så att makar, sambor eller registrerade partner som beviljas sådant boende skall beredas plats i samma boende, om de begär det. Med samma boende avses i det här sammanhanget samma rum, lägenhet eller särskilda boende. Det finns inga föreskrifter eller liknande som generellt

sett förhindrar att ett äldre par delar rum i ett särskilt boende. Socialnämnden bör dock ha möjlighet att, när den beviljar ett boende, avgöra om de enskilda kan bo i samma rum eller inte, eftersom t.ex. rummets utformning kan göra det olämpligt av arbetsmiljöskäl att mer än en person vårdas i samma rum. Socialnämnden bör dock försöka att i första hand tillgodose de enskildas önskemål, oavsett om detta är att dela rum eller att ha skilda rum i så nära anslutning till varandra som möjligt. Ett sådant förtydligande av begreppet skälig levnadsnivå medför inte några ökade kostnader för kommunerna.

Sedan ett beslut om bistånd i form av samma boende fattats kan detta, precis som andra beslut enligt 4 kap. 1 § SoL om boende, bli föremål för avgifter enligt 16 kap. 6 a § SoL.

I de situationer där par vill fortsätta att bo tillsammans och den ene personen har behov av särskilt boende men inte den andra är det i dag ännu mindre säkert att kommunen erbjuder en sådan lösning. Möjligheten för makar, registrerade partner eller sambor att fortsätta bo tillsammans även i sådana fall skall ingå i den kommande översynen av regelverket för äldreomsorgen.

Regeringen anser att det är önskvärt att par kan ges möjlighet att fortsätta bo tillsammans även vid omfattande vård- och omsorgsbehov om de så önskar.

#### 6.4 Fler platser i särskilda boendeformer för äldre

**Regeringens bedömning:** Ett statligt bidrag bör införas för främst nybyggnad men även ombyggnad till eller ombyggnad av särskilda boendeformer samt nybyggnad eller ombyggnad av sådana lokaler i anslutning till det särskilda boendet som varaktigt skall användas som t.ex. samlingslokaler för äldre, väntjänstcentraler eller lokaler för dagverksamhet. Den delegation som regeringen avser att tillsätta kommer att analysera behoven och utvecklingen av boendefrågor inklusive behoven av bostadsnära samlingslokaler för äldre. Regeringen avser att återkomma i boendefrågorna inom ramen för utvecklingsplanens genomförande.

**Skälen för regeringens bedömning:** Behovet av särskilda boendeformer och inriktningen på verksamheten har förändrats kraftigt och kommer även fortsättningsvis att förändras. I många fall är förändringarna nödvändiga och en följd av äldre personers önskan att kunna bo kvar där de redan bor och av utbyggnaden av möjligheterna att erbjuda vård och omsorg i hemmet. Förändringarna har ibland ekonomiska drivkrafter men även brister i arbetsmiljö har bidragit till nedläggningar av särskilda boendeformer. Utvecklingen har medfört att särskilda boendeformer allt oftare används för personer med omfattande behov av trygghet dygnet runt och under färre år sent i livet. Målgrupperna har förändrats och vistelsetiderna har blivit kortare. På sina håll har förändringarna drivits igenom i ett alltför högt tempo. Det är belagt att äldre i viss utsträckning inte får sina behov av särskilt boende tillgodosett därför att beslut inte kan verkställas inom rimlig tid. Regeringen menar att detta

är oroande och avser därför införa stödåtgärder för att fler särskilda boenden skall kunna byggas.

I Socialstyrelsens mätningar gällande kommunernas verkställighet av sina egna beslut eller avslag på ansökan trots bedömt behov, framkommer flera år i rad att vissa svårigheter att inom rimlig tid tillgodose bedömda behov av särskilt boende kvarstår. Regeringen bedömer att de konstaterade bristerna behöver åtgärdas dels genom sådana ändringar i regelverket som föreslås i avsnitt 8.8, dels genom ekonomiskt stöd för främst nybyggnad men även ombyggnad till och ombyggnad av särskilda boenden.

För att stimulera byggandet av särskilda boendeformer för äldre avser regeringen införa ett bidrag för främst nybyggnad men även ombyggnad till eller ombyggnad av särskilda boenden för att äldre personers behov av särskilt boende faktiskt ska kunna tillgodoses. Stödet skall även kunna utgå för nybyggnad eller ombyggnad av sådana lokaler som varaktigt skall användas som t.ex. samlingslokaler för äldre, väntjänstcentraler eller för dagverksamhet. Regeringen bedömer att stödet ger en verkningfull stimulans för byggandet av fler särskilda boenden och att det tillsammans med andra åtgärder som beskrivs i avsnitt 8.8 skall leda till att de äldre som bedöms ha behov av särskilt boende också får ett sådant beslut verkställt inom rimlig tid. Regeringen återkommer i 2006 års ekonomiska vårproposition med en bedömning av medelsbehovet.

Den delegation för utveckling av boende för äldre som regeringen avser tillsätta kommer att ges uppdraget att följa, analysera och lägga fram förslag på hur boendefrågor för äldre kan utvecklas. I detta ingår att analysera och föreslå hur möjligheterna för äldre personer att bo kvar i ordinärt boende kan stärkas genom utveckling av t.ex. särskilda boendeformer, bostäder och boendeformer för äldre i det ordinarie bostadsbeståndet och gemenskapslokaler för äldre som ett sätt att motverka ensamhet och isolering. Sådana förslag som delegationen förväntas lägga fram kan avse såväl kommunala som statliga eller andra åtgärder. Regeringen avser att med stöd av delegationens arbete återkomma i boendefrågorna under perioden för utvecklingsplanens genomförande.

## 6.5 Korttidsboende

**Regeringens bedömning:** Begreppet särskilda boendeformer bör även fortsättningsvis omfatta både bostäder för stadigvarande boende och platser för kortvariga eller tillfälliga behov. Biståndsbedömningen bör genomföras så att den enskilde kan få tillgång till plats utan onödigt dröjsmål.

**Äldrevårdsutredningens förslag:** Kommunernas ansvar för att inrätta korttidsplatser som ett sätt att underlätta för den enskilde att bo hemma läggs fast genom att korttidsplats läggs till i uppräkningsdelen av socialnämndens uppgifter i 3 kap. 6 § samt i 7 kap. 1 § första stycket SoL.

**Remissinstanserna:** Äldrevårdsutredningens förslag tillstyrks av de flesta remissinstanser som lämnat synpunkter i frågan. I några svar, däribland svaret från *Socialstyrelsen*, betonas att korttidsplatserna inte bör

användas för utredning och diagnostik. Betydelsen av att biståndsbedömningarna också beaktar medicinska aspekter lyfts fram i flera svar.

**Skälen för regeringens bedömning:** För kortvariga och återkommande eller tillfälliga behov finns behov av flexibla lösningar som kan erbjudas den enskilde eller närstående när behovet uppstår. Många kommuner har goda erfarenheter av att ha kapacitet i form av platser som kan erbjudas tämligen omgående och för behov under kortare tid. Det kan exempelvis handla om att man inte kan flytta hem i avvaktan på att bostadsanpassning genomförs eller att man väntar på att en plats i särskilt boende ska bli tillgänglig. Det kan också handla om att den egna hälsan är tillfälligt nedsatt och gör att det inte går att bo kvar hemma för tillfället eller att en anhörig kan behöva avlösning.

Platser för korttidsvård eller korttidsboende är en del i begreppet särskilda boendeformer för äldre och därmed ingående i den skyldighet kommunerna har enligt 5 kap. 5 § socialtjänstlagen (2001:453, SoL). Med detta följer också att kommunerna ansvarar för hälso- och sjukvårdsinsatser enligt 18 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, HSL).

Äldrevårdsutredningens förslag till reglering innehåller ingen klar definition av vad korttidsplats är. Förslaget skulle innebära att insatsen inte blir tvingande för kommunerna att tillhandahålla, eftersom den föreslagna uppräkningsen i 3 kap. 6 § SoL inte, till sin ordalydelse är tvingande. Det är inte heller klart vilket problem den föreslagna regleringen avser att lösa. Befintlig lagstiftning ger enligt regeringens bedömning utrymme för att möta tillfälliga behov med platser som kan användas utan att det behöver utgöra ett hyresförhållande. Okomplicerade former för biståndsbedömning kan också skapas inom ramen för befintlig lagstiftning. Med förutseende individuell vård- och omsorgsplanering och fungerande rutiner för informationsöverföring kan den vårdbehövande eller den närstående erbjudas ett stöd med god kvalitet. Regeringen bedömer att det för närvarande inte behövs någon justering av lagstiftningen för dessa ändamål.



**Sammanfattning :** Äldre kvinnor och män måste kunna få den hjälp och det stöd de behöver för att kunna bo kvar i ordinärt boende. För äldre personers möjligheter att kunna bo kvar i ordinärt boende är det viktigt att det stöd som kan erbjudas även fortsättningsvis omfattar såväl omvårdnadsuppgifter, sociala uppgifter och serviceuppgifter som medicinska och socialpedagogiska uppgifter. Hemtjänst får inte begränsas till enbart personlig omvårdnad. Kost och näringsintag har stor betydelse för äldres hälsa och funktionsförmåga. Regeringen har därför givit Socialstyrelsen i uppdrag att erbjuda kommunerna stöd för kvalitetsutveckling i kost-, närings- och måltidsfrågor. Antalet äldre med annat modersmål än svenska eller som har rötter i en annan kultur ökar i Sverige. Det ställer särskilda krav på anpassning av vården och omsorgen om äldre och att ta till vara personalens språkliga och kulturella kompetens. Det är viktigt att samarbeta med minoritetsorganisationer och organisationer bildade på etnisk grund. Regeringen avser att genom en satsning stimulera utvecklingen av äldreomsorg anpassad för ett mångkulturellt samhälle. Regeringen avser vidare att tillsätta en utredning med uppgift att ta fram ett nationellt styrdokument för vård och omsorg om äldre.

## Inledning

Vård och omsorg om äldre är en mycket omfattande verksamhet räknat såväl i antal brukare och anställda som i ekonomisk omslutning. Den utgör en stor och självklar del i äldre människors trygghet och välfärd. Verksamheten utgör också arbetsplats för ett stort antal anställda. År 2004 var antalet anställda (månadsavlönade) i kommunernas och de privata företagens vård och omsorg 239 500 personer. Cirka 10 procent av kommunernas vård och omsorg om äldre utförs av entreprenörer. År 2004 uppgick de samlade kostnaderna för kommunernas vård och omsorg till äldre till 79,6 miljarder kronor. Vård och omsorg om äldre är en multifunktionell verksamhet som måste klara att ge kvalitet och trygghet både när det gäller det medicinska och omvårdnadsrelaterade innehållet och när det gäller det sociala och relationsbyggande innehållet.

Sett ur ett socialt perspektiv är stödet i hemmet med hushållets skötsel, måltiden och möjligheterna till sociala aktiviteter en stor del av grunden för välbefinnandet. På många håll finns en god samverkan mellan t.ex. kommunernas samhällsplanering, bostadsföretag och föreningsliv för att stärka utvecklingen av en god social miljö.

En viktig beståndsdel i en god social miljö är möjlighet till meningsfull sysselsättning, även efter att man gått i pension.

Välbefinnande, och i förlängningen en god hälsa, är i många avseenden en fråga om att människor känner delaktighet och uppfattar att de har möjligheter att påverka sina egna liv och samhällsutvecklingen. Många engagerar sig i olika typer av frivilligt arbete efter pensioneringen; pensionärerna gör en viktig samhällsinsats samtidigt som deras självkänsla stärks och de får en meningsfull sysselsättning. Frivilliga insatser i form av t.ex. väntjänster kan betyda mycket för välbefinnande och livskvalitet,

både för den som utför insatserna och för den som får ett besök, sällskap på en promenad eller ett telefonsamtal.

Kvinnors och mäns olika villkor, äldre personer tillhörande de nationella minoriteterna och personer med utländsk bakgrund måste ägnas särskild uppmärksamhet i det fortsatta arbetet inom området.

Äldre som är mottagare av vård och omsorg måste få förstärkta möjligheter att ha inflytande över de insatser de får och behöver. I departementspromemorian Erfarenheter av ett utbrett brukarinflytande (Ds 2001:34), konstaterar man bl.a. att frågan om äldres möjligheter till inflytande uppmärksammas alltmer. Äldre personer kan till följd av dålig hälsa ha svårt att själva utöva inflytande. Brukarråd och anhörigråd är positiva och betydelsefulla former för brukarinflytande. Råden är oftast i sin utformning en form av representativt inflytande som behöver kombineras med ett direkt inflytande av den som ytterst berörs av vården och omsorgen.

## 7.1 Hemtjänst i ordinärt boende

Hemtjänsten är basen för omsorgen om äldre i Sverige. En väl fungerande hemtjänst är en förutsättning för att äldre med behov av stöd skall känna trygghet och tillit. Om man är ensamboende eller sammanboende har stor betydelse för behovet av offentliga insatser. Det är i första hand kvinnor som är mottagare av hemtjänstinsatser. Cirka 70 procent av alla äldre med hemtjänst är kvinnor. De senaste decennierna har det skett en mycket stor förändring av äldreomsorgen och hemtjänsten. Den som förr drabbades av sjukdom hamnade på sjukhus, i många fall för långa perioder, för att sedan få en plats på långvården. Där blev man ofta kvar livet ut. En starkt bidragande orsak till detta institutionsberoende var att det saknades möjligheter att vårda de äldre i deras hem. Hemtjänstens arbete handlade i stor utsträckning om serviceinsatser såsom städning, inköp och matlagning och möjligheterna att tillgodose behov utanför ordinarie kontorstid var små.

I och med Ädelreformen år 1992 fastslogs allas rätt till en egen bostad. Ansvar och resurserna för dem som vistades på sjukhusens akutkliniker, långvården eller på sjukhem fördes över från landstingen till kommunerna. Institutionstänkandet övergavs och rätten till kvarboende stärktes. Stödet till äldre som önskar bo kvar i sitt ordinära boende har utvecklats bl.a. genom att kommunerna har inrättat kvälls- och nattpatruller vilket gör det möjligt att få hjälp dygnet runt. Äldre personer kan även få trygghetslarm vilket medför en trygghet då den äldre kan få hjälp snabbare om något händer.

Med stigande ålder ökar behoven av insatser från äldreomsorgen. Det innebär att huvuddelen av äldreomsorgens hjälpmottagare återfinns bland personer 80 år och äldre. Socialstyrelsen har tidigare rapporterat att den nationella statistiken vittnar om en förskjutning inom hemtjänsten, med en minskande andel äldre med mindre insatser (i timmar räknat) och en ökande andel äldre med mer omfattande insatser. Någon fortsättning av denna förskjutning kan inte spåras i senare års statistik. Närmare 80 procent av hemtjänstmottagarna finns i den grupp som får upp till 50 timmars hjälp i månaden. Socialstyrelsen rapporterar i Lägesrapport år 2005

att det sker en förskjutning från omsorg till vård, som bl.a. innebär att man enbart tillgodoser praktiska och medicinska behov, medan psykiska och sociala behov inte beaktas. Det sociala innehållet i omsorgen och möjligheter till aktiviteter, blir mycket begränsade.

Regeringens uppfattning är att det sociala innehållet i äldreomsorgen fyller en viktig funktion för att äldre skall ha en meningsfull vardag.

Socialstyrelsen har under år 2005 genomfört en studie om levnadsförhållanden och livskvalitet hos gruppen äldre med omfattande hjälpinsatser i hemmet. Överlag var intervjupersonerna nöjda och trygga både med den hemtjänst som de fick och med personalen. I brukarundersökningar har också framkommit att de äldre och deras anhöriga ger personalens bemötande och förhållningssätt mycket gott betyg. En återkommande kritik är dock att den hjälp som ges, ges av alltför många olika personer. Personkontinuiteten framtonar som ett generellt problem i den kommunala äldreomsorgen. Detta hänger samman med personalens arbetsvillkor, den höga sjukfrånvaron och den höga andelen timavlönade inom äldreomsorgen.

### *Hemtjänstpersonalens uppgifter*

Utmärkande för omvårdnadspersonalen inom kommunernas ansvarsområde är att de arbetar med äldre personer som under relativt lång tid behöver hjälp i sitt hem för att klara sitt dagliga liv. Det är ofta fråga om ett behov livet ut. Arbetet sker nära den äldre – fysiskt, socialt och psykiskt. Även om basen ofta är i den äldres hem så är också samhället och aktiviteter utanför hemmet viktiga arenor. De arbetsuppgifter som omvårdnadspersonalen utför kan hänföras till sex kategorier: omvårdnadsuppgifter, sociala uppgifter, serviceuppgifter, medicinska uppgifter, administrativa uppgifter och socialpedagogiska uppgifter.

Med omsorgsuppgifter menas det dagliga nära arbetet med den äldre, att hjälpa denne med personlig hygien, att klä sig och att äta.

Till de sociala uppgifterna räknas ledsagning, samtal med den enskilde, aktivering, kontakt med närstående och serviceinrättningar.

Serviceuppgifterna innefattar bl.a. att sköta den äldres hem och att sköta tvätt och inköp.

Medicinska uppgifter som kan utföras på delegation av sjuksköterska är bl.a. att ge medicin, att lägga om sår och ge insulin. Viss rehabilitering kan också ingå på delegation av sjukgymnast eller arbetsterapeut. Svårighetsgraden i hemtjänstpersonalens arbete ökar och tunga lyft förekommer ofta. Ett exempel är behovet av rutiner och kunskaper för att förebygga spridning av vårdrelaterade sjukdomar. Det handlar bland annat om att genom god hygien förhindra spridning av multiresistenta bakterier.

I det administrativa arbetet ingår exempelvis att dokumentera sitt arbete.

Socialpedagogiskt arbete innefattar hjälp till självhjälp med syftet att stödja och utveckla den äldres egna resurser.

På senare år har arbetsuppgifternas fördelning alltmer förskjutits från de sociala uppgifterna till de mer medicinska. En sådan omorientering av hemtjänstpersonalens uppgifter har inte föregåtts av förändrad lagstiftning. Kommunernas ansvar har inte inskränkts. Hemtjänsten fyller

inte heller alltid kvinnors och mäns ibland skilda behov. Socialstyrelsen påpekar i Jämställd socialtjänst? Könsperspektiv på socialtjänsten (2004) att den offentliga äldreomsorgens åtagande brister vad gäller traditionellt manliga sysslor t.ex. vaktmästerisysslor, vilket kvinnor oftare har behov av hjälp med.

Regeringen anser att hemtjänst även fortsättningsvis skall omfatta såväl omvårdnadsuppgifter, sociala uppgifter och serviceuppgifter som medicinska och socialpedagogiska uppgifter.

#### *Det sociala innehållet i hemtjänsten*

Socialnämnden skall enligt 5 kap. 4 § socialtjänstlagen (2001:453, SoL) verka för att äldre människor har en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra. Det innebär att nämnden skall medverka till att bryta isolering och öppna möjligheter för de äldre att ha kontakt med sina anhöriga och andra. Denna paragraf togs bort ur SoL 1998. Bakgrunden till detta var att bestämmelsen ansågs baserad på en förlegad föreställning om äldre människor som passiva, ömkansvärda och i behov av aktivering. Regeringen ansåg att det inte var en uppgift för socialtjänsten att verka för att äldre människor i generell mening ges en aktiv och meningsfull tillvaro. Efter en översyn av SoL presenterade regeringen propositionen Ny socialtjänstlag (prop. 2000/01:80). I behandlingen av denna proposition konstaterade socialutskottet att det bland ålderspensionärer finns de som är ofrivilligt ensamma och som behöver stöd för att bryta sin ensamhet och isolering. Utskottet menade att det är angeläget att socialnämnden stöder människor som är ensamma och isolerade. Riksdagen beslöt därför att bestämmelsen om ett aktivt och meningsfullt liv skulle återinföras i SoL från och med år 2002 (bet. 2000/01:SoU18).

Det finns dock tecken på att riksdagens beslut inte har fått tillräckligt genomslag i den kommunala verksamheten. Socialstyrelsens uppföljningar av det sociala innehållet i hemtjänsten har visat att sociala behov och insatser uppmärksammas i liten omfattning. De fysiska behoven fokuseras och prioriteras i alla led. Socialstyrelsens slutsats från 2002 var att kommunernas insatser i liten omfattning bidrog till att pensionärerna fick ett socialt innehåll i hemtjänsten. I en studie av genomförda insatser under perioden 1997 till 2004 i 49 kommuner framkommer att beviljade insatser för social samvaro genomförs i liten omfattning.

#### *Dagverksamhet*

Som ett komplement till hemtjänsten kan äldre med behov även få tillgång till biståndsbedömd dagverksamhet. Syftet med dagverksamheten är bland annat att underlätta för äldre att bo kvar i ordinarie boende men den kan också ges som ett stöd i särskilt boende. Denna typ av dagverksamhet riktar sig främst till personer med demenssjukdomar eller psykiska funktionshinder men kan även ges till andra som behöver aktivering och rehabilitering. Dagverksamhet kan också fungera som avlösning för anhöriga. År 2004 beviljades cirka 8 100 kvinnor och 4 400 män dagverksamhet.

Utöver den behovsprövade dagverksamheten finns en stor flora av öppna verksamheter (dagcentraler, träffpunkter m.m.) som den äldre kan besöka utan behovsprövning och beslut. Öppna verksamheter bedrivs ibland av frivilligorganisationer.

Regeringen anser att deltagande i dagverksamhet och öppna verksamheter är ett viktigt sätt för äldre att kunna upprätthålla och förbättra sin funktionsförmåga och som kan ge stimulans och innehåll i vardagen. Verksamheten kan bryta isolering och ge viktiga sociala kontakter och gemenskap.

## 7.2 Mat och näring för äldre personer

När den egna hälsan börjar svikta ökar risken för näringsproblem hos äldre. Kvaliteten i den samlade äldreverksamheten har ett nära samband med hur kommunerna väljer att arbeta med äldre personers kost- och näringsbehov. Det är emellertid enligt vad Socialstyrelsens och länsstyrelsernas tillsyn visar, stora skillnader i utvecklingen av kvalitetssystem för kost och näring mellan kommunerna. Forskning har i flera undersökningar visat att det ofta finns näringsproblem hos vissa grupper av äldre, att näringsproblemen riskerar att leda till ökad ohälsa men också att problemen kan motverkas med till exempel välstrukturerade och individanpassade åtgärdsprogram. Maten och måltiden har en central funktion för hälsa och välbefinnande. Näringsinnehållet i maten är en av de viktigaste källorna till att bevara hälsan och att kunna återfå den efter sjukdom.

De brister som länsstyrelserna rapporterar om belyser ett flertal problemområden. Det gäller t.ex. oklar ansvarsfördelning, vilka kvalitetskriterier som används vid upphandling, hur kvalitetsarbetet bedrivs och om de äldre har möjlighet att välja mat de själva tycker om. Länsstyrelserna konstaterar också att det på många håll finns väl fungerande måltidsverksamhet.

Statens folkhälsoinstitut och Livsmedelsverket har på regeringens uppdrag tagit fram underlag för en handlingsplan för goda matvanor och ökad fysisk aktivitet (S2005/1274/FH). I fråga om äldreomsorgens måltidsverksamhet menade myndigheterna bland annat att organisationen av mat- och måltidsfrågor behöver förtydligas, samt att vägledning och kvalitetsindikatorer bör utarbetas. För tillsyn behövs kriterier som omfattar både mat och måltider, samt social omsorg. Regeringen har mot denna bakgrund gett Socialstyrelsen i uppdrag att i samråd med Livsmedelsverket, Statens folkhälsoinstitut och Sveriges Kommuner och Landsting erbjuda kommunerna stöd för kvalitetsutveckling i kost-, närings- och måltidsfrågor. I uppdraget ingår att i samråd med länsstyrelserna utveckla särskilda bedömningskriterier som kan användas vid tillsyn i kost-, närings- och måltidsfrågor. En delrapport skall lämnas senast den 1 april 2006 och uppdraget skall slutredovisas senast den 1 april 2007.

När äldre har problem med att klara sin mathållning på egen hand och när den vanliga mathållningen inte tillgodoser behoven ökar riskerna snabbt för att allvarliga problem skall uppkomma. För att förebygga att näringsbrist uppkommer och för behandling av näringsbrist är det viktigt att kommunerna i sin organisation förfogar över tillräcklig kompetens i nutritionsfrågor. Kompetensen behövs även för planering av den samlade kosthållningen i enlighet med bland annat Livsmedelsverkets nationella kvalitetskrav för kost för äldre (SNR). Det är också viktigt att nutritionskompetens finns för att säkra hela processen från planering till att maten avnjutits under måltiden och att resultatet kan följas upp. Behovet av strukturerad uppföljning och utvärdering är stort.

Regeringen menar att utveckling av bättre rutiner och tydlig ansvarsfördelning är nödvändig för att näringsbehovet hos allt fler sköra personer i mycket hög ålder skall kunna tillgodoses på ett bra sätt. Ett mindre antal kommuner har i dag egen dietist anställd. Totalt omfattar de kommunala befattningarna som dietist 9,65 heltidstjänster.

### 7.3 Biståndsprövning

**Regeringens bedömning:** Vid bedömningar av enskildas rätt till bistånd enligt socialtjänstlagen (2001:453) krävs individuella prövningar i varje enskilt fall. Socialnämnden bör även fortsättningsvis ha rätt att själv avgöra vilket underlag som behövs för att den skall kunna fatta beslut enligt socialtjänstlagen.

**Utredningens (Senior 2005) förslag:** Det skall utvecklas olika former av behovsbedömningar för olika typer av insatser inom äldreomsorgen inom ramen för nuvarande socialtjänstlag. Socialstyrelsen skall få i uppdrag att stödja utvecklingen av metoder för seriösa men enklare behovsbedömningar inom ramen för nuvarande socialtjänstlag. Regeringen bör överväga att stödja en försöksverksamhet med ökad tillgång till service i hemmet för äldre inom ramen för nuvarande lagstiftning.

**Remissinstanserna:** Flera remissinstanser tillstyrker förslaget om att utveckla olika former av behovsbedömningar. *Socialstyrelsen* instämmer dock inte i det förslaget, men har inga invändningar mot att metoder för biståndsbedömning utvecklas. *Statskontoret* tror inte att det är rätt väg att centralt utveckla former för behovsbedömning eftersom tjänsterna måste ske utifrån lokala förhållanden. *Landstingen i Stockholms och Kalmar län* anser att skattereduktion bör införas för hushållsnära tjänster för att tillgodose olika människors behov i olika skeden av livet.

**Skälen för regeringens bedömning:** Enligt socialtjänstlagen (2001:453, SoL) skall socialnämnden fatta beslut om olika insatser inom äldreomsorgen. Rättigheterna i SoL bygger på den enskildes behov av insatser och besluten skall föregås av behovsbedömningar i de enskilda fallen.

Socialnämnden har anförtrots uppgiften att vara beslutsfattare i ärenden enligt SoL. Som beslutsfattare avgör den vilket underlag som behövs för att avgöra om bistånd skall beviljas eller inte. Hur omfattande utred-

ningen behöver vara varierar från fall till fall. I vissa ärenden torde det räcka med en mycket begränsad utredning för att konstatera att en sökande bör beviljas den begärda insatsen, alternativt att det inte föreligger behov av någon insats, medan det i andra fall kan vara fråga om svårare bedömningar som kräver en mer omfattande utredning. För den enskilde kan en så begränsad utredning som möjligt uppfattas som ett förhållandevis enkelt och snabbt sätt att få bistånd och därför upplevas som positivt. Det frigör också socialnämndens biståndshandläggare från onödig administration. Det finns dock också nackdelar med begränsade utredningar, eftersom det vid en grundligare utredning kan visa sig att den sökande har behov även av andra hjälpinsatser än den sökta, vilket ger biståndshandläggarna möjlighet att se till den enskildes totala behov av insatser.

Som beslutsfattare måste socialnämnden givetvis följa gällande lagstiftning. Förutom att rättigheterna i SoL i sig bygger på en prövning i varje enskilt fall är det i detta sammanhang viktigt att peka på bl.a. kommunallagen (1991:900) och den likställighetsprincip som kommer till uttryck där, dvs. att kommuner och landsting skall behandla sina medlemmar lika, om det inte finns sakliga skäl för något annat. Något godtycke får inte förekomma. Om kommunen beslutar att t.ex. en viss grupp kommuninvånare skall beviljas en förmån enligt SoL och det i denna grupp finns personer som saknar behov av insatsen har likställighetsprincipen åsidosatts. Omfattar insatsen däremot alla kommunmedlemmar har likställighetsprincipen följts.

Nuvarande regler tillåter således inte att socialnämnden beviljar bistånd utan att göra en bedömning i varje enskilt fall. Likställighetsprincipen kan dock åsidosättas genom lag. De flesta kommuner, om inte alla, har infört någon form av system för sådana servicetjänster. Sådana system bygger på att alla personer över en viss ålder erbjuds viss hjälp i hemmet, oavsett om de har behov av dem eller inte. Tjänster erbjuds antingen gratis, till subventionerat pris eller till kommunens självkostnadspris. Det görs således ingen prövning av om det finns ett biståndsbehov i dessa fall. Något lagstöd för att åsidosätta likställighetsprincipen i dessa fall finns dock inte. Att ha ett system för servicetjänster kan vara kostnadsbesparande för socialnämnderna eftersom dessa slipper en del administrativt arbete. Det kan även leda till ett minskat antal fallolyckor i hemmen bland de äldre och därmed förhindra lidanden. I förlängningen kan det innebära minskade kostnader för vården och omsorgen. Även om en kommun har infört ett system för servicetjänster har den enskilde rätt att få sitt behov av en motsvarande tjänst prövad enligt SoL. För regeringens överväganden beträffande servicetjänster och behovet av att beträffande sådana, kunna frånga likställighetsprincipen, se avsnitt 9.

I vissa kommuner förekommer riktlinjer för vilka insatser som ges enligt SoL eller i vilken utsträckning de skall beviljas. Sådana riktlinjer kan i viss utsträckning öka enskildas rättssäkerhet eftersom de ökar förutsättningarna för att likartade behov bedöms på ett likartat sätt. De riskerar dock att medföra att den enskilde inte får det bistånd han har behov av, och rätt till enligt SoL, eftersom vissa typer av insatser inte medges eller inte medges utöver en viss gräns enligt riktlinjerna. Det är därför av stor vikt att den kommun som har riktlinjer ser till att dessa utformas på ett sätt som gör att en enskild inte riskerar att nekas en insats

han eller hon har rätt till. Den enskilde har alltid rätt att ansöka om insatser och få dessa prövade individuellt oavsett kommunens riktlinjer.

I vissa fall uppges tillämpningen av riktlinjerna ha skapat osäkerhet hos biståndshandläggarna om behovet av utredningar, vilket underlag som behövs, samt om handläggning och dokumentation. Detta visar på att det finns behov av information och utbildning eller fortbildning kring dessa frågor.

Socialstyrelsen har i början av mars 2006 publicerat föreskrifter och allmänna råd om dokumentation vid handläggning av ärenden och genomförande av insatser enligt SoL, LVU, LVM och LSS (SOSFS 2006:5) Under våren 2006 kommer föreskrifterna och de allmänna råden att kompletteras med en handbok. Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete (IMS) vid Socialstyrelsen har påbörjat ett arbete med att kvalitets- och relevansbedöma de instrument som kommunerna använder vid behovsbedömning. Detta arbete beräknas pågå t.o.m. år 2007. Dessutom pågår en försöksverksamhet där dessa instrument för behovsbedömning prövas systematiskt i ett antal kommuner. Arbetet involverar även två regionala FoU-center. Syftet är att öka och sprida kunskapen om hur kommunerna kan bedöma behov på ett enkelt, adekvat och rättssäkert sätt.

Med tanke på socialnämndens rätt att själv avgöra vilket underlag som krävs för att beslut skall kunna fattas anser regeringen att det inte finns behov av att tillskapa en ordning för en förenklad biståndsprövning. Det vore inte heller lämpligt, och skulle dessutom strida mot den behörighet som vanligen tillkommer en beslutsfattare, att frånta socialnämnden rätten att avgöra vilken utredning som behövs i varje enskilt fall. Till detta kommer att det inte heller är möjligt att peka ut något enskilt område där det aldrig kan anses uppkomma behov av en mer omfattande utredning och som därför skulle lämpa sig för en förenklad biståndsprövning. Regeringen anser därför att socialnämnden även fortsättningsvis bör ha rätt att själv avgöra vilket underlag som behövs för att den skall kunna fatta beslut enligt socialtjänstlagen (2001:453).

#### 7.4 Omsorg för äldre med utländsk bakgrund eller tillhöriga en nationell minoritet

**Regeringens bedömning:** Sverige har blivit allt mer mångkulturellt. Andelen äldre med annat modersmål än svenska ökar. Det ställer särskilda krav på anpassning av vården och omsorgen om äldre. Det är viktigt att kommunerna tar tillvara personalens språkliga och kulturella kompetens och samarbetar med minoritetsorganisationer och organisationer bildade på etnisk grund. Regeringen avser att genom en satsning stimulera utvecklingen av äldreomsorg för ett mångkulturellt samhälle.

**Skälen för regeringens bedömning:** Drygt tio procent av Sveriges befolkning över 65 år är utrikes födda. Under den kommande tioårsperioden kommer antalet personer över 65 år som har invandrat att öka kraftigt. Hur livssituationen ser ut för dessa personer beror på en mängd faktorer. Ålder, utbildningsbakgrund, sysselsättning och hälsa är några viktiga faktorer. Den enskildes motiv för invandringen och hur väl per-



sonen är integrerad i det svenska samhället spelar också in. Det finns stor skillnad när det gäller hur länge äldre utlandsfödda har vistats i Sverige. Många har bott här i decennier samtidigt som det finns nyinvandrade som har haft begränsade möjligheter att lära sig svenska. Äldre personer med utländsk bakgrund är mycket ojämnt fördelade över landet. Knappt hälften av landets kommuner har idag enskilda inom äldreomsorgen som har särskilda behov på grund av etnisk eller kulturell tillhörighet. Storstadsregionerna har en större andel av de utrikes födda äldre men även mindre orter kan ha stora grupper äldre utlandsfödda.

Regeringen avser att genom en satsning stimulera utvecklingen av äldreomsorg för ett mångkulturellt samhälle. Regeringen återkommer i 2006 års ekonomiska vårproposition med en bedömning av medelsbehovet.

### *Nationella minoriteter*

De särskilda behov äldre personer med utländsk bakgrund kan ha gäller även äldre ur de nationella minoriteterna t.ex. när det gäller språk och kultur. Sedan den 1 april 2000 har Sverige fem nationella minoriteter och fem erkända minoritetsspråk. De nationella minoriteterna är samer, som också är ett urfolk, sverigefinnar, tornedalingar, romer och judar. Minoritetsspråken är samiska, finska, meänkieli (tornedalsfinska), romani chib och jiddisch. Den 1 april 2000 trädde två nya lagar i kraft: lag om rätt att använda samiska hos förvaltningsmyndighet och domstolar (1999:1175) och lag om rätt att använda finska och meänkieli hos förvaltningsmyndighet och domstolar (1999:1176). Lagarna ger enskilda personer rätt att använda samiska, finska och meänkieli i de geografiska områden (förvaltningsområden) där språken har använts av hävd och fortfarande används i tillräcklig omfattning. Lagarna skall tillämpas hos såväl statliga som kommunala och landstingskommunala förvaltningsmyndigheter i ärenden som avser myndighetsutövning om ärendet har anknytning till förvaltningsområdena. Lagarna innebär också att det är en rättighet för enskilda att få förskoleverksamhet och äldreomsorg helt eller delvis på de nämnda språken i vissa geografiska områden. För samiska omfattar det Arjeplogs, Gällivare, Jokkmokks och Kiruna kommuner och för finska och meänkieli Gällivare, Haparanda, Kiruna, Pajala och Övertorneå kommuner. Rätten att få äldreomsorg på något av minoritetsspråken ger inte någon motsvarande rätt inom hälso- och sjukvården. Det finns inte någon motsvarande rättighet att inom ett visst geografiskt område få äldreomsorg på minoritetsspråken romani chib och jiddisch. Även utanför de språkliga förvaltningsområdena finns emellertid behov av äldreomsorg anpassad efter samtliga nationella minoriteters språk och kultur. Inom all hälso- och sjukvård såväl som inom vård och omsorg om äldre, bör kunskap finnas och hänsyn tas till de särskilda behov som personer från de nationella minoriteterna kan ha.

### *Nya utmaningar för äldreomsorgen*

Vården och omsorgen om äldre möter allt oftare kvinnor och män som är födda i ett annat land och antingen invandrade hit under 1950- och 1960-

talen eller som kom hit under senare år som flyktingar eller som anhöriginvandrande. Sverige har blivit allt mer mångkulturellt. Dessa utlandsfödda, men även kvinnor och män som tillhör de nationella minoriteterna, ställer äldreomsorgen inför högre krav t.ex. på språkkunnig personal och kulturell kompetens. De satsningar som nu görs för kompetensutveckling av personal inom vård och omsorg, exempelvis via Kompetensstegen, ger möjlighet att förbättra och underlätta situationen såväl för omsorgstagarna och deras anhöriga som för personalen.

Den som är i behov av vård och omsorg behöver kunna kommunicera med personalen oberoende av om man har kunskaper i svenska eller inte. Den som har begränsade kunskaper i svenska blir ofta i alltför hög grad beroende av barn och släktingar. I det fall den äldre inte lärt sig svenska eller på grund av sjukdom förlorat det svenska språket uppstår en svår situation för alla inblandade. När man är gammal och sjuk har den trygghet som följer av bekanta platser, språk och traditioner extra stor betydelse. Att kunna bemöta en kvinna eller man i livets slutskede på ett värdigt sätt kräver mycket av vård- och omsorgspersonalen. Arbetet med vård och omsorg om äldre utlandsfödda eller personer från de nationella minoriteterna bör dock inte begränsas till att bli en fråga om tillgång till vård och omsorg på det egna språket. Situationen för dessa grupper är betydligt mer komplex och arbetet behöver utgå från den äldres hela livssituation. Det rör frågor som äldreomsorgen måste uppmärksamma och lösa alltefter den aktuella situationen i de olika kommunerna.

Flera kommuner har ökat eller planerar att öka, servicen för sina invånare på andra språk och har inrättat särskilda boenden eller avdelningar för exempelvis finsktalande äldre. År 2004 fanns totalt 30 särskilda boenden med etnisk inriktning varav 19 för finsktalande. Svårigheter med att nå personer med annan språklig bakgrund kan bero på bristande kunskaper eller på bristande information till grupperna om samhällets insatser.

Från kommunernas sida görs stora insatser för att tillgodose behoven hos personer med utländsk bakgrund eller dem som tillhör de nationella minoriteterna. Det är dock bara 34 procent av de kommuner som uppger sig ha äldre med särskilda behov på grund av etnisk tillhörighet som säger sig kunna tillgodose behoven för alla eller en majoritet när det gäller att ha personal som talar brukarnas språk. Av de berörda kommunerna har 59 procent inga aktiviteter anpassade till någon etnisk grupp. Regeringen anser att det finns behov av att förbättra kvaliteten och mångfalden av alternativ i omsorgen för dessa grupper. Det gäller allt från bättre information och fler anpassade boenden till utökade dagverksamheter till speciella hemtjänstgrupper med personal med adekvat språk- och kulturkompetens. I de kommuner som ingår i förvaltningsområdena för samiska, finska och meänkieli är det särskilt viktigt att dels informera om rättigheten för enskilda att få äldreomsorg helt eller delvis på de nämnda språken, dels att erbjuda anpassade insatser för dessa grupper.

### *Kunskap och information*

En förutsättning för att kunna tillhandahålla vård och omsorg av god kvalitet för äldre personer med utländsk bakgrund eller från de nationella minoriteterna är tillgång på kompetent personal. Det gäller till exempel

omvårdnadspersonalens och biståndshandläggarnas kunskaper i såväl språk som kultur och inte minst bemötande. Det gäller också beslutsfattarnas kunskaper för att kunna fatta väl avvägda beslut. Det gäller även de äldres och deras anhörigas kunskaper om hur den svenska vården och omsorgen om äldre fungerar och vad samhället kan erbjuda. Kunskapen behöver enligt regeringens bedömning kontinuerligt utvecklas och äldre med annat modersmål än svenska behöver förbättrad tillgång till såväl muntlig som skriftlig information om vården och omsorgen om äldre.

#### *Anhöriga till äldre med annat modersmål än svenska*

Mycket tyder på att äldre personer med utländsk bakgrund och äldre från de nationella minoriteterna i högre utsträckning än andra vårdas av anhöriga i hemmet. Det är också vanligare med anhöriganställningar i dessa grupper. Skälen till den utbredda anhörigomsorgen i dessa grupper är många. Det kan t.ex. ha med social eller kulturell bakgrund att göra, men det kan också bero på att kommunen inte tillhandahåller en anpassad omsorg. Ett annat skäl kan vara bristande kännedom om den svenska omsorgen och hur den fungerar, vilket skapar otrygghet, orsakar missförstånd och i värsta fall misstro. I de satsningar som kommunerna genomför är det viktigt med anhörigkurser på andra språk än svenska och andra åtgärder för att underlätta situationen för anhöriga till äldre från de nationella minoriteterna eller med utländsk bakgrund. Här uppmuntras kommunerna att samverka med ideella krafter såsom olika organisationer bildade på etnisk grund. Dessa organisationer bör också få utökad stöd för att till exempel kunna bedriva utökad dagverksamhet och uppsökande arbete. Regeringen har från 2006 utökad det statliga stödet för detta ändamål.

#### *Personal med språk- och kulturkompetens*

Allt fler av äldreomsorgens personal har ett annat modersmål än svenska men de utgör fortfarande en liten andel av den totala personalstyrkan. Språkkunnighet och kulturell kompetens bör ses som en merit vid anställning inom äldreomsorgen och verksamheterna bör stimuleras att anställa fler med annan språklig och kulturell bakgrund än svensk. Personal som har behov av bättre kunskaper i svenska skall kunna få det, t.ex. som riktade kurser i omvårdnadssvenska.

Möjligheter för omvårdnadspersonalen att vidareutbilda sig för att nå en särskild kompetens i frågor som rör vård och omsorg om personer med annan språklig och kulturell bakgrund bör enligt regeringens bedömning förbättras. Att arbeta med äldre med dåliga kunskaper i svenska och med en annan kulturell bakgrund ställer särskilda krav på personalen. De skall t.ex. kunna förstå de behov som brukarna har, förebygga och undvika missförstånd, kunna förklara och förstå och bemöta även anhöriga. Personal som i det dagliga arbetet t.ex. kan komma i kontakt med äldre personer som bär på traumatiska upplevelser behöver särskild kompetens och stöd. Som ett komplement till det arbete för att höja kompetensen i äldreomsorgen som genomförs inom ramen för

## 7.5 Ett nationellt styrdokument för vård och omsorg om äldre

**Regeringens bedömning:** Regeringen anser att det bör tillsättas en utredning med uppgift att ta fram ett nationellt styrdokument för vård och omsorg om äldre. Styrdokumentet bör ge en konkret vägledning för arbetet i enlighet med de nationella målen. Till utredningen bör det knytas en referensgrupp med representanter för de politiska partierna, för kommunerna och landstingen samt för intresseorganisationerna.

**Skälen för regeringens bedömning:** För att möta de nya och växande behoven av vård och omsorg som den åldrande befolkningen för med sig beslutade riksdagen i juni 1998 om en Nationell handlingsplan för äldrepolitiken 1999–2001 (prop. 1997/98:113, rskr. 1997/98:307). Riksdagen har fastställt fyra nationella mål vilka anger inriktningen för den framtida äldrepolitiken. Vården och omsorgen om äldre omfattas av dessa mål, som är att äldre personer skall kunna leva ett aktivt liv och ha inflytande i samhället och över sin vardag, kunna åldras i trygghet och med bibehållet oberoende, bemötas med respekt samt ha tillgång till god vård och omsorg.

De nationella målen bygger på att varje människa har lika värde och ett gemensamt ansvar som en sammanhållande kraft i samhället. I socialtjänstlagen (2001:453) uttrycks människovärdet genom begrepp som självbestämmande och integritet, jämlikhet i levnadsvillkor och trygghet. I hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) står att vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet.

*Ett styrdokument – en konkret vägledning för arbete i enlighet med de nationella målen*

Det är kommuner och landsting som ansvarar för vården och omsorgen om äldre och för att de nationella målen för vården och omsorgen om äldre kan nås. Ett nationellt styrdokument är dock av strategisk betydelse för att stödja och påskynda det lokala utvecklingsarbetet.

Äldreomsorgens uppdrag är både omfattande och viktigt. Alla aktörer har ett ansvar för att arbeta mot de nationella målen. Det är angeläget att äldreomsorgens kvalitet utvecklas när det gäller såväl metoder som arbetssätt. Det behövs ett styrdokument som ger en tydlig bild av värdegrunden och uppdraget samt vad äldreomsorgen genom sina insatser skall åstadkomma för de äldre och deras närstående. Mål och riktlinjer behöver utvecklas som stöd för en hög och jämn kvalitet. Enligt regeringens mening behövs ett samlat styrdokument för den fortsatta utvecklingen av vården och omsorgen om äldre personer. Vård och omsorg om äldre har, i jämförelse med annan verksamhet, t.ex. förskolan och dess läroplan, en begränsad nationell styrning. Det är regeringens mening att

en utveckling av ett nationellt styrdokument kan bidra till att skapa tydlighet kring de nationella målen och det innehåll och de kvaliteter som verksamheten skall sträva efter att uppnå. Det handlar inte om en ökad detaljreglering. Att exempelvis centralt reglera hur många gånger i veckan en person skall få en viss insats bortser helt från individuella önskemål och behov. Regeringen anser att en alltför långt driven detaljreglering riskerar att utarma kvaliteten i vården och omsorgen om de äldre, snarare än att höja den. För anställda kan ett nationellt styrdokument ge stöd i det dagliga arbetet, ge ökad tydlighet åt yrket och stödja utvecklingsarbete och därmed väsentligt bidra till ökad yrkesstatus. För den enskilde och anhöriga kan tydlighet om vad vården och omsorgen skall kunna åstadkomma också skapa ökad trygghet. Med tydlig information och kunskap om vad vården och omsorgen skall kunna åstadkomma kan den äldre personen få ett reellt inflytande över hur insatsen skall utformas.

Nu, och ännu mer i en nära framtid, kommer äldreomsorgen att vara en social och kulturell mötesplats för äldre personer med olika bakgrund och ursprung, olika erfarenheter och skilda förväntningar. Människosyn, värderingar och etiska förhållningssätt behöver göras tydliga i den dagliga verksamheten för att tilliten skall öka.

Syftet med styrdokumentet är att det skall fungera som stöd för kommuner, verksamhetsansvariga, personalen, den äldre och dennes anhöriga. Vidare skall det fungera som en vägledning i planering och genomförande av det konkreta dagliga arbetet där den enskildes integritet och självbestämmande utgör utgångspunkten. Styrdokumentet bör behandla insatser som exempelvis bemötande av äldre och anhöriga, det sociala innehållet i äldreomsorgen, måltider och måltidssituationer, möjligheter till deltagande i samhällets aktiviteter samt att kunna bestämma över sin vardag och ha inflytande över vården och omsorgen.

Regeringen avser att tillsätta en utredning med uppgift att ta fram ett sådant nationellt styrdokument för äldreomsorgen som skall fungera som en konkret vägledning i arbete i enlighet med de nationella målen. Ett jämställdhetsperspektiv är i detta sammanhang särskilt viktigt. Vid framtagandet av styrdokumentet skall den kommunala självstyrelsen beaktas. Avsikten är inte att ta fram ett dokument som detaljstyr den verksamhet som kommuner och landsting ansvarar för. Till utredningen skall knytas en referensgrupp med representanter för de politiska partierna, för kommuner och landsting och för intresseorganisationer.

## 7.6 Frivilliga insatser av och för äldre

Det är ett grundläggande mänskligt behov att känna sig behövd och att vara delaktig. Att vara socialt aktiv och att ha en meningsfull uppgift har inte bara betydelse för välbefinnandet, utan minskar även risken att drabbas av psykisk ohälsa och att i förtid utveckla demenssjukdom. Det är därför viktigt att kommuner, föreningsliv och andra aktörer i samhället inbjuder till engagemang från medborgarna, och då inte minst de äldre. Pensioneringen innebär för många en stor omställning. Behovet av sociala kontakter och att hitta en ny meningsfull uppgift kan då vara större. Med stigande ålder tunnas ofta det sociala nätverket ut. Olika

funktionsnedsättningar kan också leda till att kontakten med vänner och familj minskar. Insatser som syftar till att stimulera sociala aktiviteter och kontakter är därför viktiga för alla äldre.

Sverige har redan i dag en exceptionellt omfattande ideell sektor ur ett internationellt perspektiv. De obetalda insatser som människor gör omfattar en mängd olika uppgifter som antingen sker i en organisations regi – och då kan kallas ideella/frivilliga – eller genom att man ger stöd till anhöriga, grannar, vänner samt arbetskamrater – och då kan kallas informella. Drygt 50 procent av befolkningen gör sådana insatser i snitt drygt tre timmar i veckan.

I Sverige handlar det ideella arbetet i stor utsträckning om engagemang i idrotts-, fritids- och kulturorganisationer, där utbildning och ledarskap, administration samt penninginsamling utgör de vanligaste insatserna. Man kan i dag se nya typer av engagemang i delvis nya former. Många äldre blir också alltmer engagerade i det frivilliga sociala arbetet. Det är en utmaning för samhället att stimulera människor att vara delaktiga i samhället utan att lämna över en del av den offentliga sektorns ansvar på frivilliga.

Det finns en stor potential för utveckling av den ideella sektorn som vänder sig till äldre och deras anhöriga. Statistiska centralbyrån uppskattar att antalet ålderspensionärer kommer att ha ökat med drygt 600 000 om 25 år. Detta har ibland framställts som en belastning för vårt samhälle. Förhållandet bör istället ses som att det blir många fler pigga och aktiva äldre, vilket är en stor resurs, inte minst i väntjänst, som anhörigstödjare, som ansvariga för träffpunkter osv. Äldre kvinnor och män kan även vilja engagera sig i verksamhet som riktar sig till yngre, exempelvis läxläsningsprojekt för barn.

Organisationer som engagerar frivilliga spelar en betydelsefull roll för att motverka isolering och erbjuda social samvaro bland äldre människor. De erbjuder även information och kunskaper. I vissa fall erbjuder de även praktiska insatser som hjälp med avlösning till anhörigvårdare, m.m. Organisationerna skall inte ersätta den offentliga omsorgen men kan fungera som ett värdefullt komplement. Frivilligorganisationerna erbjuder goda möjligheter till engagemang och det finns många aktiva äldre som vill göra en insats. Alla vill dock av olika skäl inte bli medlemmar i någon organisation. Det är viktigt att även dessa människors vilja och förmåga att bidra till den gemensamma välfärden välkomnas och tas tillvara. Ett exempel på nya former för frivilligt arbete är Volontärbyrån, en internetbaserad tjänst som förmedlar kontakter mellan individer som vill göra en insats och olika ideella och offentliga verksamheter. Volontärbyrån finansieras genom samarbete med kommuner och företag och är gratis för volontärer och frivilligorganisationer.

Alltför många äldre människor kan inte på egen hand bryta ensamhet och isolering. Mer än var tredje person över 65 år känner oro över att bli ensam när han eller hon tänker på sin framtid, enligt en undersökning som Temo genomfört. Var femte person över 80 år uppger att han eller hon har ett tydligt behov av medmänsklig kontakt, dvs. någon som kommer hem på besök, har tid att prata eller liknande. Människor har ett behov av att ha en personlig relation som inte är mellan klient och personal. En del av dessa sociala behov ligger utanför det som kommunen

ansvarar för och skulle i högre utsträckning än i dag kunna tillgodoses av frivilliga.

Ett sätt att tillgodose människors behov av att ha något meningsfullt att göra och att bryta ensamhet och isolering är att inrätta väntjänst- och anhörigcentraler, eller att utveckla verksamheten vid befintliga sådana centraler. Väntjänstcentralen kan fungera som en mötesplats och forum för stöd, dialog och information mellan de äldre, kommunen och olika organisationer som engagerar frivilliga. Det kan till exempel handla om pensionärs- eller anhörigorganisationer, hembygdsföreningar, invandrarföreningar, trossamfund eller Röda korset. Väntjänstcentralen kan arbeta för att stimulera till ökade frivilliginsatser av och för äldre personer. Äldre som har behov av väntjänster kan anmäla sig här, liksom unga och gamla som vill göra något för en medmänniska. Det kan vara sällskap, tidningsläsning, promenader, fritidsaktiviteter, utflykter, friskvård etc. Många kommuner har positiva erfarenheter av liknande verksamheter, där man arbetat aktivt för att engagera frivilliga i olika typer av väntjänster. Äldreomsorgspersonalen upplever att de äldre har fått en bättre funktionsnivå och blivit friskare.

#### *Samverkan mellan kommun och frivilliga och ideella krafter*

Ett exempel på hur en kommun kan utveckla samverkan med frivilliga och ideella krafter finns i Umeå kommun. Genom bl.a. ekonomiska bidrag till föreningar, olika aktiviteter i form av t.ex. seminarier, utbildningsdagar, föreningsmässor och manifestationer vill kommunen stimulera utveckling av den frivilliga sektorn och det medborgarengagemang det leder till. Kommunen har även en föreningsbyrå som förmedlar kontakter mellan föreningar och olika kommunala verksamheter som vill utveckla ett samarbete med frivilliga. Där finns en frivilligcentral dit personer som vill göra en frivillig insats kan vända sig utan att för den skull gå med i någon förening. En volontärförmedling hjälper till att förmedla kontakter mellan frivilliga och individer eller verksamheter som vill ta del av frivilliga insatser.

Det pågår även ett särskilt utvecklingsarbete för att öka volontärinsatser inom äldreomsorgen samt ett projekt för att öka utbudet av kulturella aktiviteter för äldre personer. Ett nätverk har byggts upp bestående av bland annat Svenska kyrkans och frikyrkornas församlingar, skolor, pensionärsorganisationer, frivilligorganisationer, studieförbund och privatpersoner. Tillsammans tar de fram förslag och genomför aktiviteter för de äldre. Arrangemangen bygger huvudsakligen på frivillig verksamhet och kostnaden för kommunen har därmed varit liten. Uppskattningen från deltagarna har varit stor och vårdpersonal upplever bland annat att seniorerna blivit piggare och rörligare av aktiviteterna.

En väl fungerande samverkan mellan kommuner och frivilligorganisationer kan se olika ut i olika kommuner, beroende på regionala variationer och förutsättningar i landet när det gäller t.ex. befolkning och redan etablerad verksamhet. I stora och glesbebyggda kommuner kan en väntjänst- eller anhörigcentral vara svårtillgänglig för många av kommunens invånare. Då kan andra eller kompletterande former av samverkan vara nödvändiga. En telefontjänst kan delvis fylla samma funktion som en väntjänstcentral. Kommunen kan i sina kontakter med de äldre och deras

anhöriga, t.ex. vid förebyggande hembesök, informera om organisationernas verksamhet och vilka möjligheter till stöd som de kan erbjuda.

Den som utför ett frivilligt arbete upplever ofta en egen tillfredsställelse vilket kan ha stor betydelse för det egna välbefinnandet och hälsan. En sådan god utveckling uppstår dock inte av sig själv. Det krävs ett samspel mellan de gemensamma åtaganden som kommunen, föreningslivet och den enskilde individen gör. Därför verkar regeringen för att kommunerna skall hitta nya och fördjupade former för samverkan med frivilliga och ideella krafter. Av de medel som regeringen i budgetpropositionen för år 2006 avsatte för att utveckla stödet till anhöriga har regeringen öronmärkt en femtedel av medlen för detta ändamål. Det innebär ungefär 20 miljoner kronor årligen i stimulansbidrag till kommunerna.

De statliga medlen skall användas som en förstärkning av kommunens verksamhet. Att driva verksamhet vid t.ex. en väntjänst- eller anhörigcentral är i första hand ett kommunalt ansvar, men regeringen anser det angeläget att stödja uppbyggnaden av denna typ av verksamhet.

För vissa tjänster vid en väntjänstcentral kan kommunen ha möjlighet att anställa arbetslösa personer med lönesubvention genom åtgärden Plusjobb. Denna åtgärd infördes den 1 januari 2006 och är en del i regeringens sysselsättningspaket med åtgärder riktade mot kommuner och landsting. Syftet med Plusjobben är både att stärka sysselsättningen och att höja kvaliteten i välfärden genom att subventionera tjänster som annars inte skulle finnas. Det handlar om personalförstärkningar för att förbättra kommunernas förutsättningar att erbjuda god service till sina invånare, t.ex. en god äldreomsorg.

## 8 Utvecklingsområde 4: Nationell likvärdighet och lokal utveckling

**Sammanfattning:** Vården och omsorgen om äldre regleras i flera olika lagar. Detta kan medföra att enskilda har svårt att överblicka vilka insatser de har rätt till och att en samordning mellan huvudmännen försvåras beträffande de insatser som ges. Regeringen har därför för avsikt att tillsätta en utredning med uppgift att förtydliga regelverket för äldreomsorgen. Regeringen avser också att inom ramen för utvecklingsplanens genomförande ge Socialstyrelsen i uppdrag att inleda ett utvecklingsarbete med syfte att utveckla riktlinjer och annan vägledning för vården och omsorgen om äldre, att ta fram kvalitetsindikatorer samt att främja utvecklingen av kvalitetsregister. För att långsiktigt kunna följa och förbättra kvaliteten i äldreomsorgen behövs mer kunskap om individens behov, verksamhetens prestationer, resultat och effektivitet. Statistiska centralbyrån bör inom ramen för utvecklingsplanens genomförande få i uppdrag att föreslå en urvalsdesign som bättre svarar mot behovet av uppföljning och utvärdering av äldre människors levnadsförhållanden. Socialstyrelsen kommer att få i uppdrag att ansvara för att nationella brukarundersökningar inom vården och omsorgen om äldre genomförs. Regeringen bedömer att ett nationellt kompetenscentrum för vård och omsorg om äldre bör inrättas. En utredning bör tillsättas för att se över



bestämmelserna i lagen (1992:1528) om offentlig upphandling för att öka möjligheterna för fler aktörer, som exempelvis invandrarorganisationer och olika kooperativ att bedriva äldreomsorg. Detta skulle kunna medverka till att utveckla kvaliteten i äldreomsorgen. En fortsatt teknikutveckling skapar nya möjligheter för vården och omsorgen om äldre. Regeringen bedömer att strategiskt viktig teknikutveckling behöver stimuleras. Rättssäkerheten för personer som beviljats bistånd föreslås stärkas, bl.a. genom att en sanktionsavgift införs som ett yttersta påtryckningsmedel för att gynnande beslut enligt socialtjänstlagen (2001:453) skall verkställas inom skälig tid.

## Inledning

För att medborgarna skall känna trygghet och tillit till vården och omsorgen om de äldre är det av största vikt att alla individer behandlas på ett likvärdigt och rättssäkert sätt. Styrkan i den svenska äldreomsorgen bygger på ett välfungerande växelspel mellan ambitionen att åstadkomma nationell likvärdighet och utrymmet för lösningar som är anpassade till lokala behov och förhållanden. Lagar och förordningar syftar till att medborgarnas behov skall tillgodoses enligt samma övergripande principer i hela landet. Det handlar om att åstadkomma en jämlik, jämställd och rättssäker äldreomsorg av god kvalitet.

Till skydd för den enskildes rätt finns dels rätten att överklaga beslut genom förvaltningsbesvär, dels den statliga tillsynen. Som skydd mot felbehandling eller missförhållanden finns anmälningsplikten enligt lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område, den s.k. Lex Maria, och socialtjänstlagen (2001:453), den s.k. Lex Sarah.

Socialstyrelsen har ansvar för normering inom området exempelvis genom nationella riktlinjer. Kunskapstillväxten ger nya och förbättrade möjligheter till vård och behandling. Frågor om vad som kan anses vara god standard i vård och omsorg om äldre och hur kunskaper sprids bör ges ökad uppmärksamhet. Här har den medicinskt ansvariga sjuksköterskan en viktig funktion.

Regeringen har förstärkt tillsynen genom en satsning på äldreskyddsombud och har tillkallat en särskild utredare för att överväga och föreslå åtgärder som syftar till en stärkt och tydligare tillsyn inom socialtjänstens område (dir. 2004:178).

Behovet av uppföljning och kvalitetsutveckling ökar. Regeringen avser mot bakgrund av detta verka för utvecklingen av nationella kvalitetsregister inom äldreomsorgen. Regeringen vill också betona att den ser positivt på den fortgående utvecklingen av kvalitetsregister inom hälso- och sjukvården.

En långsiktig och positiv utveckling av äldreomsorgen bygger också på ett nära samarbete med forskning och utveckling samt på en ökad användning av teknikstöd, exempelvis IT och hjälpmedel.

**Regeringens bedömning:** En utredning bör tillsättas med uppgift att förtydliga regelverket för kommunernas vård och omsorg om äldre. I uppdraget bör även ingå att utreda om nya bestämmelser för dokumentation och handläggning inom kommunernas vård och omsorg om äldre.

**Skälen för regeringens bedömning:** Äldre personer har i dag möjlighet att bo kvar i den ordinära bostaden med både socialtjänst- och hälso- och sjukvårdsinsatser. Vården och omsorgen om äldre regleras av flera lagar, främst socialtjänstlagen (2001:453, SoL) och hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, HSL) men även av lagen (1993:387), om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Lagarna skiljer sig åt på flera punkter och beslut om insatser i vård och omsorg om äldre kan fattas med stöd av två eller ibland t.o.m. tre lagar som till sin konstruktion är olika. Socialtjänstlagen är en ramlag, men till viss del också en rättighetslag genom bestämmelserna om bistånd. Kommunen är skyldig att lämna bistånd för försörjning och för livsföring i övrigt upp till en skälig levnadsnivå (4 kap. 1 §). Detta gäller om den enskilde har behov av sådan hjälp och varken kan tillgodose dessa behov själv eller få dem tillgodosedda på annat sätt. Den enskilde kan överklaga kommunens beslut och få det prövat som förvaltningsbesvär i en domstol (16 kap. 3 §). Biståndsbesluten är grunden för insatserna i kommunens äldreomsorg.

Bestämmelser om särskilda insatser för äldre människor finns främst i 5 kap. 4–6 och 10 §§ SoL. Kommunens socialnämnd skall verka för att äldre människor skall få möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra. Reglering av hälso- och sjukvården bygger på ett stort mått av professionellt ansvar.

Kommunens personal inom vård och omsorg är det offentliga samhällets breda och viktiga kontaktyta mot de äldre och deras anhöriga. Den lagmässiga regleringen av kommunernas vård och omsorg försvårar dock i vissa fall en önskvärd samordning, ett gemensamt förhållningssätt i verksamheten och en ändamålsenlig användning av tillgänglig personal.

Inte sällan är det svårt att avgöra enligt vilken lagstiftning en specifik insats ges. Det kan t.o.m. råda olika uppfattningar mellan personal i denna fråga. Skillnader mellan lagarna, i förening med kraven på en nära samordning av insatserna enligt de båda lagarna samt den i vissa fall oklara gränsdragningen mellan lagarna, skapar påtagliga olägenheter bland annat ur kompetensförsörjningssynpunkt.

Det finns även skilda krav på handläggning och dokumentation av beslut om sociala och medicinska insatser. Utredning och dokumentation av ärenden om bistånd enligt SoL skall ske enligt bestämmelserna i 11 kap. 1 och 5–6 §§ SoL samt förvaltningslagen (1986:223). Vad gäller hälso- och sjukvårdsinsatser skall dokumentation ske enligt patientjournalagen (1985:562). För många vårdtagare inom äldreomsorgen finns därför både en personakt inom socialtjänsten och en patientjournal. För både socialtjänsten och hälso- och sjukvården gäller sekretessregler till skydd för uppgifter om den enskildes personliga förhållanden. Detta kan försvåra informationsöverföringen mellan personal som arbetar enligt de

båda lagarna och medföra risk för att den enskildes vård och omsorgsbehov inte uppmärksammas.

Regeringens bedömning är att det finns behov av en översyn och preciseringar i regelverket. Ett av de nationella målen för äldrepolitiken anger att äldre skall ha tillgång till god vård och omsorg. Begreppen och deras innebörd bör analyseras närmare. Exempel på vad som behöver ses över är innebörden av "om behovet kan tillgodoses på annat sätt", förtydligande av rätten till bistånd, särskilt boende och korttidsvård, vad som är rättigheter och vad som är skyldigheter för den enskilde respektive för kommunen, samt anhörigas ställning när den närstående är i behov av insatser.

När det gäller regleringen i SoL och HSL anser regeringen vidare att en översyn behöver göras om de båda regelverken kan närma sig varandra. En bättre samordning av SoL och HSL skulle kunna ge bättre överensstämmelse i fråga om mål, inriktning och olika parter ansvar och befogenheter. Detta skulle i sin tur ge en god plattform för utveckling av verksamheten och personalens arbetsmiljö. Ett närmande av regelverken skulle kunna underlätta det praktiska samarbetet mellan den sociala och den medicinska personalen.

Regeringens sammantagna bedömning är att en särskild utredare bör tillkallas med uppgift att förtydliga regelverket om äldreomsorgen. Utredaren skall överväga om äldreomsorgen bör regleras i särskild lag eller om förtydliganden bör göras i befintlig lagstiftning. I uppdraget skall även ingå att överväga om det bör införas nya bestämmelser om dokumentation inom äldreomsorgen.

## 8.2 Verksamhetsuppföljning och kvalitetsutveckling

**Regeringens bedömning:** Regeringen avser att inom ramen för utvecklingsplanens genomförande ge Socialstyrelsen i uppdrag att inleda ett utvecklingsarbete med syfte att utveckla riktlinjer och annan vägledning för vården och omsorgen om äldre, att ta fram kvalitetsindikatorer samt att främja utvecklingen av kvalitetsregister. Uppdraget bör utföras i samverkan med kommuner och landsting.

**Skälen för regeringens bedömning:** Genom införandet av individbaserad statistik för socialtjänstinsatser för omsorg till äldre och personer med funktionshinder skapas bättre förutsättningar att utveckla verksamhetsuppföljningen. Individbaserad statistik möjliggör även uppföljningar ur ett jämställdhetsperspektiv. För de individuppgifter som skall behandlas hos Socialstyrelsen gäller sekretess. Uppgifterna får endast behandlas för framställning av statistik och för forskningsändamål och liknande. Genom utvecklingen av kvalitetsindikatorer för socialtjänst och äldreomsorg förbättras möjligheterna för huvudmännen att bedöma verksamhetens resultat och kvalitet. Nationellt stöd till utveckling av kvalitetsindikatorer, och i förlängningen kvalitetsregister, är angelägen och syftar till att ge lokala beslutsfattare, brukare och personal information om äldreomsorgen. Det ger också möjligheter att genom registret jämföra den egna verksamheten med andras. Via de nationella kvalitetsregistren har svensk hälso- och sjukvård fått unika möjligheter att följa vårdens

resultat och kvalitet. Registren producerar värdefull information som är relevant för den egna verksamheten. Genom de stora datamängder som ackumuleras i registren på nationell nivå år från år skapas också goda förutsättningar för forskning.

I Socialstyrelsens Vård och omsorg om äldre – Lägesrapport 2004 visar Socialstyrelsen på behoven av information för att få ökade kunskaper om vårdens och omsorgens prestationer, kvalitet, effekter och fördelning. En viktig kvalitetsaspekt är att ha kunskap om vad personer som har vård- och omsorgsinsatser anser om kvaliteten på insatserna.

För att leda och styra äldreomsorgen behöver beslutsfattare och ledare på olika nivåer kunskap om vilka behov människor har av äldreomsorg, om insatserna ges till ”rätt” personer, vilka insatser som ges, vilka kostnaderna för verksamheten är, vilka resultat som uppnås och vilken kvalitet en viss verksamhet eller insats har.

De skillnader i kostnader för verksamheten som olika kommuner i dag uppvisar är svåra att förklara. En bättre information om den egna verksamheten kan kraftigt underlätta införandet av ny kunskap och nya metoder genom att ge underlag för bättre jämförelser av exempelvis kvalitet och kostnadseffektivitet.

Med stöd av förbättrade underlag, som t.ex. brukarundersökningar, kvalitetsindikatorer och kvalitetsregister blir det möjligt att få en kontinuerlig och heltäckande verksamhetsuppföljning som visar behov, prestationer, kostnader, kvalitet och resultat, totalt och för olika grupper, till exempel kvinnor och män, svårt sjuka, utrikes födda och personer tillhörande de nationella minoriteterna. Förbättrad uppföljning är en förutsättning för att kunna utveckla nationella riktlinjer och annan vägledning för vården och omsorgen om äldre. Uppföljning och bedömning av utvecklingen förbättras väsentligt med statistik på individnivå, samtidigt som kvaliteten på den officiella statistiken förbättras.

Regeringen har i regleringsbrevet för år 2006 givit Socialstyrelsen i uppdrag att inleda ett arbete som syftar till normering för god kvalitet i vård och omsorg om äldre kvinnor och män. En arbets- och tidsplan för denna process skall redovisas senast den 30 juni 2006. Syftet är att Socialstyrelsen skall bidra till utvecklingen av kvaliteten i kommunernas vård och omsorg om äldre genom att sammanställa den kunskap som finns på området och omsätta den i praktisk vägledning för hur kommunerna kan implementera kunskapen i verksamheten.

Regeringen har tillkallat en särskild utredare med uppdrag att se över hur behandlingen av personuppgifter inom hälso- och sjukvården regleras samt lämna förslag till en väl fungerande och sammanhängande reglering av området. Utredningen om författningsreglering av nationella kvalitetsregister inom hälso- och sjukvården, m.m. (2003:03) skall redovisa den del som behandlar sammanhängande lagstiftning senast den 1 oktober 2006 och övriga delar senast den 31 december 2006.

Regeringen avser att inom ramen för utvecklingsplanens genomförande ge Socialstyrelsen i uppdrag att inleda ett utvecklingsarbete med syfte att utveckla riktlinjer och annan vägledning för vården och omsorgen om äldre, att ta fram kvalitetsindikatorer samt att främja utvecklingen av kvalitetsregister. Uppdraget bör utföras i samverkan med kommuner och landsting.

**Regeringens bedömning:** Antalet äldre personer som ingår i Statistiska centralbyråns undersökning om levnadsförhållanden behöver utökas för att den skall få tillräcklig kvalitet som uppföljningsinstrument av de äldres levnadsförhållanden. Regeringen avser att inom ramen för utvecklingsplanens genomförande ge Statistiska centralbyrån ett uppdrag att lämna förslag till hur undersökningen av levnadsförhållanden bättre kan svara upp mot behovet av uppföljning och utvärdering av äldre personers levnadsförhållanden.

**Skälen för regeringens bedömning:** Vid utvärdering av äldreomsorgen är det slutliga målet att undersöka om de insatser som görs leder till att de äldre får en förbättrad livssituation. Detta kan ta sig uttryck i en bättre hälsa, större trygghet i tillvaron, bättre bostadsförhållanden etc. Det är i och för sig inte möjligt att dra direkta slutsatser om hur insatserna i äldreomsorgen har påverkat levnadsförhållandena, men indirekt är vården och omsorgen om äldre en betydelsefull faktor för utvecklingen av äldres levnadsförhållanden.

Antalet personer äldre än 65 år är emellertid begränsat (cirka 1 000) i det urval som i dag används vid Undersökningar om levnadsförhållanden (ULF). Antalet äldre skulle behöva ökas för en fullödlig utvärdering. Så länge utvärderingen avser äldrekollektivet i sin helhet kan 1 000 intervjuer förefalla tillräckligt, men redan vid uppdelning på kön kommer antalet för män att understiga 500. Vid nedbrytning på ålder kommer antalet intervjuer att bli otillräckligt, särskilt för de äldsta, som är de mest vårdbehövande. Statistiska centralbyrån (SCB) bör därför under utvecklingsplanens genomförande få i uppdrag att lämna förslag till hur undersökningen av levnadsförhållandena bättre kan svara upp mot behovet av uppföljning och utvärdering av äldre personers levnadsförhållanden. SCB bör härvid samråda med Socialstyrelsen.

## **8.2.2 Nationella brukarundersökningar**

**Regeringens bedömning:** Utvecklingen av kvaliteten och tillgängligheten inom vården och omsorgen om äldre kvinnor och män bör följas upp genom regelbundna brukarundersökningar på nationell nivå. Regeringen avser därför att ge Socialstyrelsen i uppdrag att ansvara för att nationella brukarundersökningar inom vården och omsorgen om äldre genomförs. Regeringen avser att återkomma i 2006 års ekonomiska vårproposition.

**Skälen för regeringens bedömning:** Det pågår en mängd aktiviteter för att ta fram ett bättre underlag för att belysa vad som görs inom vården och omsorgen om äldre. Frågan engagerar forskare, kommuner, Sveriges Kommuner och Landsting, Socialstyrelsen, Statistiska centralbyrån (SCB) och Regeringskansliet. Det ställs i kommunallagen (1991:900), socialtjänstlagen (2001:453) och hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) på olika sätt krav på att samråd sker med brukarna och att verksamhetens

resultat följs upp. Brukarundersökningar är en av många metoder. Intresset för brukarundersökningar har ökat av flera skäl, bl.a. som en följd av det ökade intresset för kvalitetssäkring inom kommuner och landsting. Huvudfrågorna är hur brukarna bedömer vården och omsorgen i olika avseenden, vilka aspekter som är viktiga samt om skillnader finns mellan grupper av brukare, mellan enheter och mellan kommuner eller om förändringar skett över tiden. En stor del av Sveriges kommuner har gjort eller planerar sådana undersökningar. För att det skall vara möjligt att göra jämförelser och hitta förklaringar till skillnader i kvalitet och produktivitet mellan kommuner, måste dock en enhetlig undersökning genomföras på nationell nivå.

För att följa och förbättra kvaliteten i vården och omsorgen om äldre räcker det inte med statistik och kvalitetsregister. För att få en bättre uppfattning om hur människor bemöts i äldreomsorgen, hur väl insatserna motsvarar deras behov och hur stor tillgång de har till vård, stöd och hjälp är det nödvändigt att fråga dem som är berörda. Enligt regeringens bedömning finns det behov av att genomföra brukarundersökningar på nationell nivå. Undersökningarna bör även kunna utvidgas till att omfatta äldre kvinnor och män som inte har några insatser. Resultatet från undersökningarna kan också utgöra underlag för att studera om vården och omsorgen skiljer sig mellan kvinnor och män. Under en tioårsperiod har regeringen för avsikt att genomföra omfattande satsningar på äldreomsorgen. Det är angeläget att dessa satsningar kan följas upp ur ett brukarperspektiv. Regeringen avser därför att ge Socialstyrelsen i uppdrag att planera och genomföra nationella brukarundersökningar.

Regeringen återkommer i 2006 års ekonomiska vårproposition angående år 2006 och behovet av medel för därefter följande år.

### 8.3 Forskning och utveckling

**Regeringens bedömning:** I syfte att stödja forskning och utveckling inom äldreområdet bedömer regeringen att det behövs medel till Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS) för år 2007 för forskning om äldre och åldrande och att det behövs medel till Socialstyrelsen för utveckling av ett nationellt kompetenscentrum för vård och omsorg om äldre där anhörigfrågor och demensfrågor ingår. Regeringen avser att återkomma i 2006 års ekonomiska vårproposition.

#### Skälen för regeringens bedömning

Den fortsatta utvecklingen av vård, omsorg och andra insatser för äldre är beroende av att verksamheten fortlöpande får tillgång till nya kunskaper och nya och bättre metoder. Fortsatta satsningar på forskning och utveckling inom äldreområdet är nödvändiga. Regeringen återkommer i 2006 års ekonomiska vårproposition angående år 2006 och behovet av medel för därefter följande år.

Socialstyrelsen har sedan 1999 fördelat statligt stöd i form av stimulansbidrag till etablerandet av regionala FoU-centrum på äldreområdet och sådana finns i dag i så gott som samtliga län. Arbetet vid sådana skall ske i nära samarbete mellan kommuner, landsting, universitet och högskolor. Det årliga statliga bidraget till FoU-centrum är 10 miljoner kronor sedan år 2005. FoU-centrumen bedriver sin verksamhet med inriktning på lokal och regional utveckling, forsknings- och utvecklingsprojekt samt handledning, personalstöd, metodstöd, utbildning m.m. FoU-centrumens arbete har bidragit till bl.a. en ökad insikt hos personal, ledning och politiker om behovet av verksamhetsutveckling i samverkan över huvudmannaskapsgränserna samt en ökad samsyn mellan vårdgivare och huvudmän om vårdens och omsorgens innehåll och utförande. Många projekt har som målsättning att utveckla personalens yrkesskicklighet såsom t.ex. förbättrade rutiner för behandling av trycksår, utvecklade kunskaper om adekvat behandling av äldre med inkontinens eller förbättrade kunskaper om depressiva symptom hos äldre. Andra har syftet att utveckla instrument för arbetets planering, såsom metodik för utvecklad biståndshandläggning.

Flera projekt som exempelvis om mat och måltider, läkemedel och medicinering, har medfört en bättre kvalitet i vården och omsorgen och har fått en gynnsam inverkan på de äldres tillvaro. Samverkan med brukarorganisationerna har utvecklats, brukarråd inrättats och mötesplatser med pensionärer anordnats. Samarbetet med universitet och högskolor utvecklas till ömsesidig nytta. Forskare knyts som handledare i enskilda FoU-projekt och genom praktikerkontakter kan en konkret nyttoforskning utvecklas.

I Nationell handlingsplan för äldrepolitiken (prop. 1997/98:113) bedömdes äldreforskningen arbeta med små resurser, mellan 12 och 15 miljoner kronor per år. I handlingsplanen gavs Socialvetenskapliga forskningsrådet (SFR) i uppdrag att ta fram ett program för att stärka äldreforskningen. Det program som föreslogs blev i princip de satsningar som sedan genomförts av Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS), som ersatt det tidigare SFR. Två forskningsmiljöer, Aging Research Center (ARC) vid Karolinska Institutet och Stockholms Universitet samt National Institute for Studies of Aging and Later Life (NISAL) vid Linköpings Universitet har skapats. Åtta programstöd har lämnats till och med år 2005. Därutöver har stödet omfattat finansiering av forskarassistenttjänster, infrastrukturinvesteringar i två databaser samt vanliga projektstöd.

Sveriges Kommuner och Landsting arbetar genom ett antal satsningar för att stimulera kunskapsproduktion samt förmedla och tillgängliggöra kunskap. Genom FoU-rådet stöds forskning med kommunalt fokus och spridning av forskningsresultat. I ett nationellt forskningsprogram om sjukvårdens förändringar stöds, tillsammans med bland andra Socialstyrelsen, ett antal projekt om t.ex. prioriteringar, morgondagens patienter samt strukturförändringar i hälso- och sjukvården.

I Nationell handlingsplan för äldrepolitiken togs initiativ till uppbyggnad av databaser för långsiktiga studier av den äldre befolkningens hälsa och studier av vårdssystem. Den nationella äldrestudien, Swedish National Study on Aging and Care (SNAC), startade år 2001 för att söka svar på hur framtida behov av vård ser ut. Studien ger information om vilken betydelse bland annat omgivning, livsstil och tidigare sjukdomar har för hälsa och välbefinnande på äldre dar. Undersökningen genomförs i Skåne, Blekinge, Stockholm och Hälsingland. Staten finansierar studien med 10 miljoner kronor per år. Regeringen anser att SNAC är ett viktigt instrument, som behöver pågå under lång tid och som kommer att ge värdefullt underlag för framtida överväganden om äldreomsorgen.

Andra databaser av betydelse för forskning och analys av äldres levnadsvillkor är SWEOLD och PSAE som båda är longitudinella databaser kopplade till Levnadsnivåundersökningarna vid Institutet för social forskning, SOFI vid Stockholms universitet, samt SCB:s levnadsnivåundersökningar. Tillgången på databaser är av stor betydelse för forskningen på området och de resurser som regeringen bedömer behövs för äldreforskning kan bl.a. användas för utveckling, vård och uppdatering av databaser.

#### *Behov av ökad kunskap*

Kunskaper om demografisk utveckling och de äldres villkor är av stor betydelse för samhällsinsatser inom många områden. De har betydelse för ekonomins och arbetsmarknadens funktionssätt liksom socialpolitiska konsekvenser i vid mening. Därför är behovet stort av en bred forskning om äldres villkor. Inte minst är det viktigt att få ökade kunskaper om faktorer som påverkar de äldres hälsa, det friska åldrandet samt olikhet i hälsa bland äldre.

Kunskap om förutsättningar och former för de äldres vård och omsorg behöver stärkas. Det behövs långsiktig kunskapsutveckling om de äldres vårdbehov och funktionstillstånd. Behovet av ytterligare kunskap om de vård- och omsorgsinsatser som görs för de äldre är stort. Kunskapsuppbyggnad om såväl insatsernas kostnadseffektivitet som deras betydelse för de äldres funktionstillstånd och livskvalitet bör stärkas. Kunskaperna behöver öka om hur vård och omsorg kan organiseras på ett effektivt sätt så att anställda med rätt kompetens skall kunna utföra sitt arbete tillsammans med den enskilde med så god kvalitet som möjligt. Kunskaperna om äldreomsorgen sett i ett könsperspektiv behöver också utvecklas. Vård och omsorg för äldre utlandsfödda bör särskilt uppmärksammas. Även kunskaperna om vård och omsorg för äldre personer som tillhör någon av de fem nationella minoriteterna behöver ökas.

Socialstyrelsen lämnade till regeringen år 2004 sin slutrapport om uppdraget att främja en kunskapsbaserad socialtjänst. Socialstyrelsens program för en kunskapsbaserad socialtjänst, som också omfattar äldreomsorgen, genomförs för närvarande. Socialstyrelsen har också tillsammans med nio andra myndigheter i rapporten *Investera nu!* pekat på behovet av en ökad satsning på tillämpad forskning knuten till de institutioner som bedriver socionom- och social omsorgsutbildning. FAS, Högskoleverket



och Socialstyrelsen har inlett ett gemensamt arbete för att utreda lämpliga åtgärder. En av dessa är att stimulera utvecklingen av forskning om äldre som har behov av äldreomsorg samt insatserna och effekterna av omsorgen.

Kunskaperna behöver också öka när det gäller vård och omsorg om de allra äldsta. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) konstaterade i rapporten Evidensbaserad äldrevård – en inventering av det vetenskapliga underlaget (SBU 2003) att det vetenskapliga underlaget är sämst när det gäller vård och behandling för de äldsta. Det finns också ett behov av ökade kunskaper om förebyggande insatser, rehabilitering och habilitering. Kunskaperna behöver öka om effekterna av satsningar på anpassning av bostäder, hjälpmedel och kvarboende.

### *Sverige är ledande i demensforskning*

Sverige är ett av de ledande länderna inom demensforskningen. I dag finns demensforskning vid samtliga universitetssjukhus, de nationella forskningsinstituten för äldreforskning och vid många av landets regionala FoU-centrum. FAS har nationellt samordningsansvar för äldreforskning och ger stöd i olika former till sådan forskning. Vetenskapsrådet finansierar grundforskning på området. SBU har lämnat en rapport kring evidensbaserad demensvård där en analys av den forskning som finns tillgänglig om demenssjukdomar, deras vård och behandling redovisas. Med detta som grund pågår ett arbete vid Socialstyrelsen med att ta fram nationella riktlinjer för vård och omsorg om personer med demenssjukdomar. En första lägesredovisning skall lämnas senast den 31 december 2006. Riktlinjerna skall bl.a. ta upp hela sjukdomsförloppet, riskfaktorer, förebyggande arbete, utredningar, diagnos och behandling efter diagnos.

Ett viktigt bidrag till demensforskningen är den tvärvetenskapliga satsning kring neurodegenerativa sjukdomar ”Swedish Brain Power” som görs i samarbete mellan Invest in Sweden Agency, Stiftelsen för kunskaps- och kompetensutveckling (KK-stiftelsen), Stiftelsen för strategisk forskning, Stiftelsen för vård- och allergiforskning (Vårdalstiftelsen), Verket för innovationssystem (Vinnova) samt Knut och Alice Wallenbergs Stiftelse. Vid sidan av forskningen kring riskfaktorer och orsaker till demens och sökandet efter effektiva behandlingsformer, finns en rad viktiga områden där kunskapsbasen behöver ökas. Här kan nämnas kunskap om den demenssjukes perspektiv, yngre personer som drabbas av demens, omvårdnad, effekter av sociala stödinsatser i ordinärt och särskilt boende, etiska aspekter, anhörigas situation samt tolkning av olika beteenden. Därtill ger s.k. interventionsforskning viktig kunskap då denna genomförs i den praktiska demensvården. Tillsammans med Göteborgs och Lunds Universitet, Region Skåne, Region Västra Götaland och en rad kommuner finansierar Vårdalstiftelsen ett nationellt kunskapscentrum för tvärvetenskaplig patientnära forskning och kunskapspridning inom vårdområdet, det s.k. Vårdalinstitutet. Forskningen fokuserar på äldre, långvarigt sjuka och psykiskt funktionshindrade. Genom att föra samman personal inom äldrevård och äldreomsorg, forskare och allmänhet vill man sprida kunskap om demenssjukdomar, anhörigas situation och hur man kan stödja vårdarna.

Trots de insatser som görs inom området bedömer regeringen att kunskaperna om hur demenssjukdomar påverkar den sjuke och anhöriga samt vilka effekter behandling och stödinsatser har behöver öka. Forskningsresultat och annan kunskap behöver få ytterligare spridning till både den sjuke och dennes anhöriga, till personal inom vården och omsorgen och till arbetsgivare och försäkringskassa.

#### *En brygga mellan forskning och praktisk verksamhet*

För vård och omsorg om äldre är det viktigt att den kunskap som vinnns genom forskningen kan omsättas i praktiken. Det handlar om att aktivt verka för att göra den kunskap som i dag finns tillgänglig och begriplig för dem som arbetar praktiskt inom socialtjänsten samt ta ett ansvar för att pröva metoder och verka för att sådana metoder som är verkningsfulla sprids och används. I detta syfte har Socialstyrelsen regeringens uppdrag att genom Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete, IMS, ge nationellt stöd till kunskapsutvecklingen inom socialtjänsten. I budgetpropositionen för år 2006 avsattes sju miljoner kronor för detta ändamål.

#### *En ökad satsning på forskning*

För år 2005 uppgick det sammantagna stödet till forskning om äldre och åldrande via FAS till omkring 35 miljoner kronor. Stödet fördelas till centrubildningar, programstöd, forskarassistenttjänster och ett antal projekt. Några öronmärkta medel för detta forskningsområde finns inte för närvarande. Äldreomsorgen behöver i varje tid organiseras, styras och ledas på ett så ändamålsenligt sätt som möjligt. Med tanke på kommande utmaningar både när det gäller ett ökat antal äldre och förändrade anspråk på vård och omsorg samt möjligheterna att finansiera och bemanna verksamhet riktad till äldre bedöms ökad kunskapsstillväxt inom detta område vara önskvärd.

Ett närmande mellan äldreomsorgens verksamheter och utbildningen och forskningen inom området främjar äldreomsorgens och äldrefrågornas långsiktiga utveckling. Det handlar om ett ömsesidigt samarbete där ett strukturerat utbyte av erfarenheter och kunskaper ger såväl bättre verksamhet som bättre forskning, utveckling och utbildning. För de kommande tio åren är det strategiskt viktigt att fortsätta främja forskningen för att ytterligare kunna stödja äldreomsorgens utveckling. Exempel på områden där regeringen ser behov av mer kunskap är äldreomsorgens organisering, styrning och ledning samt inom vård och omsorg för personer med demens. Kvinnors och mäns eventuellt skilda behov av vård och omsorg är också ett angeläget område där ytterligare kunskap behövs.

Mängden av kunskap med relevans för äldreområdet ökar ständigt och därmed också behovet av översikt och insatser för att sprida kunskapen vidare. Kunskaperna behöver nå brukare och anhöriga, anställda i vård och omsorg om äldre samt politiker och andra beslutsfattare. Regeringen bedömer att insatser för att på ett strukturerat sätt underlätta överblick, spridning och implementering av ny kunskap har strategisk betydelse för äldreomsorgens långsiktiga utveckling. Regeringen menar därför att ett nationellt kompetenscentrum för vård och omsorg om äldre bör inrättas.

Socialstyrelsen har redan regeringens uppdrag att inkomma med ett förslag till hur ett kompetenscentrum kring anhörigfrågor kan organiseras. Regeringen avser att ge Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram förslag till hur ett nationellt kompetenscentrum för vård och omsorg om äldre kan organiseras där anhörigfrågor och demensfrågor ingår. En första uppgift i ett nationellt kompetenscentrum för vård och omsorg om äldre är att skapa översikt och sprida kunskaper om anhörigfrågor och demensfrågor.

Regeringen bedömer att det behövs medel till Socialstyrelsen för utveckling av ett nationellt kompetenscentrum för vård och omsorg om äldre där anhörigfrågor och demensfrågor ingår. Regeringen avser att återkomma i 2006 års ekonomiska vårproposition. Regeringen bedömer vidare att det behövs medel till FAS för forskning om äldre och åldrande samt medel till Socialstyrelsen för fortsatt utveckling av ett nationellt kompetenscentrum för vård och omsorg om äldre. Forskningsstödet skall fördelas till den forskning som har högst vetenskaplig kvalitet och främjar uppbyggnad av kraftfull och bred forskning inom äldreområdet. FAS ges härigenom möjlighet att stödja starka forskningsmiljöer och andra satsningar som beskrivs i Nationell handlingsplan för äldrepolitiken (prop. 1997/98:113), samt till nya satsningar. Vad gäller forskningsfrågorna avser regeringen återkomma inom ramen för utvecklingsplanens genomförande.

#### 8.4 Förstärkt tillsyn i äldreomsorgen

En effektiv tillsyn är ett av statens viktigaste kontroll- och styrinstrument för att tillförsäkra att vården och omsorgen om äldre bedrivs effektivt, målinriktat, lagenligt och med god kvalitet. Tillsynen skall bidra till att lagar inom socialtjänstens område och intentionerna bakom dessa efterlevs av kommuner, entreprenörer och enskilda som bedriver tillståndspliktig verksamhet enligt socialtjänstlagen. Tillsynen syftar även till att motverka alltför stora skillnader inom landet samt till att stimulera planering inom socialtjänstens verksamhet samt vidare- och metodutveckling av socialtjänsten. Jämställdhetsperspektivet skall integreras i tillsynen. Brister i de äldres trygghet, självbestämmande, integritet och värdighet skall åtgärdas.

Länsstyrelsernas och Socialstyrelsens tillsynsverksamhet har genomgått förändringar samtidigt som samarbetet mellan länsstyrelserna och Socialstyrelsen har utvecklats under åren. Tillsynen har successivt förstärkts och sanktionsmöjligheterna utökats.

Länsstyrelsernas ansvar för den operativa tillsynen inom socialtjänsten har förtydligats och Socialstyrelsen har tillsammans med länsstyrelserna arbetat för att stärka tillsynen.

Den operativa tillsynen, som genomförs av länsstyrelserna, har utvecklats under 1990-talet och senare. Av länsstyrelserna initierad verksamhetstillsyn har ökat i omfattning och utvecklats. Arbetet sker mer planlagt, mer strukturerat och med inslag av både kontrollerande och främjande inslag där återföring getts större utrymme. Uppföljning av brister har blivit vanligare och länsstyrelser har i större utsträckning än tidigare kunnat redovisa konkreta resultat av tillsynen. Samarbetet mellan

Socialstyrelsen och länsstyrelserna har haft stor betydelse för utvecklingen av tillsynsarbetet.

Av stor vikt för att uppmärksamma missförhållanden i landstingens och kommunernas verksamheter är anmälningsplikten enligt lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område, den s.k. Lex Maria, och socialtjänstlagen (2001:453), den s.k. Lex Sarah. Anmälningsplikten gäller för personalen och andra verksamma vid felbehandlingar eller missförhållanden inom verksamheten. Socialstyrelsen har i sin skrivelse Lex Maria – Nytt system i patientsäkerhetens intresse, skissat på möjliga förändringar av regelverket kring avvikelshantering och Lex Maria-anmälningar som bl.a. syftar till att öka vårdpersonalens benägenhet att rapportera negativa händelser. Förslagen är en del i ett större förändringsarbete kring regleringen av patientsäkerhetsfrågorna där förbättrad avvikelshantering, händelseanalys och förändrade rutiner och förhållningssätt skall genomsyra arbetet. Socialstyrelsens förhoppning är att skrivelsen skall kunna ligga till grund för ytterligare diskussion och en fördjupad analys av dessa frågor. Regeringen menar att det vore önskvärt att Socialstyrelsen gör en motsvarande genomgång när det gäller Lex Sarah-anmälningar.

#### *Äldreskyddsombud*

Riksdagen beslutade år 2003 att tillsynen av vård och omsorg om äldre skulle förstärkas (prop. 2002/03:1 utgiftsområde 9, bet. 2002/03: SoU1, rskr. 2002/03:81 samt utgiftsområde 18, bet. 2002/03: BoU1, rskr. 2002/03:68). Sammanlagt 50 miljoner kronor avsattes till länsstyrelserna (46 miljoner kronor) och Socialstyrelsen (4 miljoner kronor) för att anställa äldreskyddsombud vid länsstyrelserna samt för att öka antalet operativa tillsynsinsatser samt utveckla tillsynen av insatser i äldreomsorgen vid Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter. Målet med äldreskyddsombudens tillsyn är att brister och missförhållanden inom äldreomsorgen skall rättas till samt att kommuner och enskild verksamhet skall ges stöd att utveckla en vård och omsorg av god kvalitet. Tillsynen skall bedrivas utifrån ett medborgarperspektiv vilket bl.a. betyder att det är den äldres behov, rättigheter, säkerhet och självbestämmande enligt gällande lagstiftning som i första hand skall uppmärksammas i tillsynen. Medborgarperspektivet förutsätter bl.a. att äldreskyddsombudens verksamhet synliggörs, såväl bland brukare och verksamhetsföreträdare som hos en allmänhet. Vikten av samverkan mellan myndigheter framhålls i beslutet.

Det fanns i december 2004 närmare 70 heltidstjänster som arbetade utifrån uppdraget om förstärkt tillsyn. På länsstyrelserna fanns i december 2004 närmare 82 heltidstjänster som arbetade med tillsyn av äldreomsorg. Av dessa var 61 äldreskyddsombud som finansierats med förstärkningsmedlen. Inom Socialstyrelsens tillsyn fanns i december 2004 14,35 tjänster som arbetade med tillsyn av äldresjukvård, varav 7,35 heltidstjänster arbetade enligt uppdraget om förstärkt tillsyn.

Socialstyrelsen och länsstyrelserna har ett gemensamt ansvar för statens tillsyn över socialtjänsten. Socialstyrelsen har i redovisningen av tillsynen år 2004 visat att länsstyrelserna och Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter kraftigt utökat antalet tillsynsaktiviteter inom både äldre-

omsorg och äldre sjukvård. De nya äldreskyddsombuden har möjliggjort denna förändring.

Både länsstyrelserna och Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter kan rapportera såväl positiva som negativa iakttagelser. Gemensamt är att alla tillsynsmyndigheter lyfter fram bristen på en fungerande dokumentation i genomförandet av insatserna som medför att de skilda regelverken för hälso- och sjukvården och socialtjänsten i praktiken tenderar att bli ett hinder snarare än ett stöd för verksamheterna. Behovet av en ändamålsenlig dokumentation ökar dessutom i takt med att allt fler vårdgivare och olika ansvariga utförarenheter blir involverade i vården och omsorgen om äldre personer.

Länsstyrelserna och Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter har under år 2004 satsat på att utveckla och intensiviera sitt samarbete. Allt mer tillsyn planeras och genomförs gemensamt. Det ökade samarbetet har gett en större kunskap om varandras ansvarsområden men framför allt bättre förutsättningar att tillsammans verka för en helhetssyn inom vården och omsorgen om äldre. Förstärkningen har lett till att tillsynsmyndigheterna har fått bättre möjlighet att utveckla nya metoder och arbetssätt i tillsynen samt att samarbetet mellan Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter och länsstyrelserna både har fördjupats och intensivierats.

Som ett led i regeringens arbetsmarknadspolitiska satsning kommer länsstyrelserna att tillföras cirka 310 anställningar under åren 2006 och 2007. Av dessa skall cirka 100 anställningar öka tillsynsverksamheten och förstärka ärendehandläggningen. I länsstyrelsernas regleringsbrev för år 2006 framgår att tillsynsverksamheten beträffande socialtjänsten och anmälningar som rör äldreskyddet särskilt skall prioriteras. Äldrepolitiken är en angelägen fråga och i det sammanhanget är det viktigt att den operativa tillsynen är effektiv, kan verka preventivt och uppvisa resultat.

#### *Tillsynsutredningen inom socialtjänstens område*

Regeringen beslutade i december 2004 att tillkalla en särskild utredare för att se över och överväga förändringar i organisationen av och ansvarsfördelningen för den statliga tillsynen inom socialtjänstens område, En stärkt och tydligare tillsyn inom socialtjänstens område (dir. 2004:178). Viktiga utgångspunkter för utredaren skall vara att tillsynsansvaret skall stärkas och göras tydligare, att tillsynsfunktionens sårbarhet skall minska samt att tillsynen skall fungera samordnat, strukturerat och effektivt med ett tydligt jämställdhetsperspektiv. Utredaren skall även analysera hur andra till den statliga tillsynen näraliggande uppgifter inom socialtjänstens område kan påverkas av eventuella förändringsförslag när det gäller den statliga tillsynen och vid behov överväga förändringar i organisation och ansvarsfördelning av dessa uppgifter.

Socialstyrelsens och länsstyrelsernas verksamheter inom socialtjänstens områden visar på en bred variation av uppgifter där ansvarsfördelningen delvis är otydlig. Samverkan mellan olika verksamhetsgrenar inom myndigheterna behöver utvecklas. Ansvarsfördelningen behöver bli tydligare och samverkan behöver intensivieras. Struktur- och samhällsförändringar med tilltagande problem och uppdagade missförhållanden inom socialtjänsten kommer att påverka tillsynens framtida inriktning.

Den sammansatta problembilden ställer nya och ökade krav på tillsyn, kunskapsutveckling, samverkan och normering. Uppdraget skall redovisas senast den 1 juli 2007.

Prop. 2005/06:115

## 8.5 Analys av bestämmelserna om upphandling

**Regeringens bedömning:** En utredning bör tillsättas med uppgift att göra en analys av bestämmelserna i lagen (1992:1528) om offentlig upphandling. Regelverket kring offentlig upphandling är idag inte fullt ut anpassat till de särskilda omständigheter som råder när det gäller äldreomsorgen.

**Skälen för regeringens bedömning:** Enligt 2 kap. 5 § socialtjänstlagen (2001:453) får kommunen sluta avtal med annan om att utföra kommunens uppgifter inom socialtjänsten. Många kommuner tecknar med stöd av denna bestämmelse entreprenadavtal med enskilda om att exempelvis driva verksamheten i särskild boendeform. Ett sådant entreprenadavtal förutsätter dock att det föregåtts av en upphandling enligt bestämmelserna i lagen (1992:1528) om offentlig upphandling (LOU).

Enligt regeringens förslag skall kommunerna få befogenhet att tillhandahålla servicetjänster åt äldre. Även sådana tjänster kan kommunerna uppdra åt någon annan att utföra.

En upphandling innebär ett omfattande arbete både för kommunen och för entreprenörerna. För verksamheterna som skall upphandlas kan själva upphandlingsförfarandet skapa oro både hos de äldre och hos personalen om hur vården och omsorgen kommer att utformas av en eventuell ny vård- och omsorgsgivare och med delvis ny personal. Regelverket kring offentlig upphandling är dåligt anpassat till de särskilda omständigheter som råder när det gäller äldreomsorgen. Ett enklare förfaringssätt än en offentlig upphandling kan då underlätta.

De flesta privata aktörer inom den offentligt finansierade vården och omsorgen är aktieföretag. Det finns dock ett antal kategorier av organisationer som benämns ideella organisationer, kooperativ, idéburna organisationer, organisationer utan vinstsyfte, folkrörelser m m. LOU innebär inte sällan ett problem för denna kategori av verksamheter.

Regeringen anser att en utredning bör tillsättas med uppgift att göra en översyn av villkoren när kommunerna ska bedriva äldreomsorg i andra former än i egen regi. Möjligheterna att göra detta på annat sätt än efter upphandling enligt bestämmelserna i LOU skall därvid analyseras.

**Regeringens bedömning:** Den fortsatta teknikutvecklingen skapar tillsammans med bättre metoder för behandling nya möjligheter för vård och omsorg. Det finns många exempel på vardagliga verktyg, såsom rollatorer och trygghetslarm, som har stor betydelse för äldre personers oberoende och livskvalitet. Bra teknikstöd ger ökad säkerhet, förenklar rutiner och administration för vårdpersonalen, förbättrar tillgängligheten till vård och omsorg samt ger enskilda personer ökade möjligheter till självbestämmande och delaktighet. Den nationella ledningsgruppen för IT i vård och omsorg bör under år 2007 verka för en mer ändamålsenlig IT-användning i de kommunala vård- och omsorgsverksamheterna. Regeringen bedömer att det behövs medel för att stödja strategiskt viktig teknikutveckling inom äldreområdet. Syftet är att, genom att stimulera samverkan mellan industri, forskning, huvudmän och personal, utveckla ny teknik och införa nya tekniska lösningar i vården och omsorgen om äldre.

### Skälen för regeringens bedömning

Teknikanvändningen inom vård och omsorg om äldre ökar och kommer att få en allt mer framträdande roll. Elektroniska patientjournaler och läkemedelsrecept är i dag en naturlig del av vårdens vardag. Den fortsatta utvecklingen av olika former av IT-stöd skapar nya möjligheter inom vården och omsorgen om äldre. Med hjälp av ändamålsenligt IT-stöd kan såväl äldre som anhöriga skaffa sig information om vård och hälsa samt få personligt anpassad information om vården och hälsosituationen. Den äldre personen kan därigenom få ökade möjligheter till självbestämmande och delaktighet samtidigt som tillgängligheten till vården förbättras. Välfungerande och samverkande IT-stöd ökar säkerheten och underlättar vårdpersonalens dagliga arbete. Dokumentation och administration kan förenklas vilket kan leda till minskad stress och förbättrad arbetsmiljö för de anställda. Ökade möjligheter ges för personalen att ägna mer tid och anpassa vården till den enskildes behov. Ansvariga beslutsfattare inom vård och omsorg kan genom effektivt IT-stöd ges bättre möjligheter att följa upp säkerheten och kvalitet i vården och omsorgen, samt få ett instrument för verksamhetsplanering och resursfördelning. Om IT används som ett strategiskt verktyg i alla delar av vården kan de samlade vårdresurserna utnyttjas på ett mer effektivt sätt.

I den svenska vården ligger ansvaret för beslut om investeringar i nya IT-stöd på huvudmännen, dvs. landstingen och kommunerna eller de privata vårdutförare som huvudmännen anlitar. Även andra aktörer medverkar i den äldres vård och måste därför delta i framtagandet och användningen av effektiva och samverkande IT-stöd. En mer enhetlig IT-användning i vård och omsorg förutsätter därför en bred nationell samverkan mellan sektorns samtliga aktörer. Därmed kan vårdens och omsorgens resurser utnyttjas på ett mer effektivt och ansvarsfullt sätt med bibehållen ansvarsfördelning för kommuner och landsting.

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att se till att individbaserad patientinformation görs mer entydig, uppföljningsbar och tillgänglig,

bl.a. genom att skapa förutsättningar för en gemensam nationell informationsstruktur och enhetliga begrepp och termer.

Teknikstöd kan för äldre personer ge ökat oberoende samt ökade möjligheter till delaktighet och social gemenskap.

Kunskaper om olika tekniska lösningar bör bli viktiga delar av den pågående kompetensutvecklingen inom äldreården. Stora investeringar i olika former av IT-stöd har inte tidigare kombinerats med motsvarande satsningar på kompetensutveckling och utbildning av användarna, vilket inneburit att vårdpersonalen inte alltid kunnat tillgodogöra sig de avsedda nyttoeffekterna.

#### *Nationella ledningsgruppen för IT i vård och omsorg*

En nationell ledningsgrupp för IT i vård och omsorg bildades i mars 2005, med representanter från Socialstyrelsen, Läke-medelsverket, Apoteket AB, Carelink samt Sveriges Kommuner och Landsting. En referensgrupp med bl.a. vårdpersonalens fackliga representanter, vårdens IT-leverantörer, privata vårdgivare och forskningsrepresentanter har ingått. Initiativet syftar till att utarbeta en nationell IT-strategi för vård och omsorg för att därigenom skapa en nationell samsyn kring den fortsatta IT-utvecklingen inom vård och omsorg mellan huvudmännen, vårdpersonalen, staten och övriga intressenter.

Utarbetandet av den nationella IT-strategin utgör första etappen i ett långsiktigt arbete för att få till stånd en ökad nationell samverkan kring dessa frågor. Under år 2006 börjar en andra etapp, när innehållet i den nationella IT-strategin skall förankras bland samtliga kommuner och landsting och andra aktörer inom sektorn. I denna etapp skall också det nationella arbetets omfattning, tidsplanering, finansiering och beslutsformer diskuteras. På grundval av resultatet av dessa diskussioner kommer den nationella ledningsgruppen för IT i vård och omsorg att överväga planeringen, genomförandet och finansieringen av det fortsatta arbetet med IT-frågorna på nationell nivå. En avrapportering skall ske senast i mars 2007.

I de kommunala vård- och omsorgsverksamheterna är IT-användningen lägre och den tekniska infrastrukturen mer ojämnt utbyggd än i den landstingsdrivna vården. Det är därför angeläget att erfarenheterna från IT-utvecklingen inom landstingen kan användas för att underlätta införandet av nya IT-stöd inom den kommunala verksamheten. Därigenom skapas också förutsättningar för att ge en mer sammanhållen vård när individen behöver vård och omsorg av flera huvudmän. Den nationella ledningsgruppen för IT i vård och omsorg bör därför för år 2007 ges mandat att verka för en mer ändamålsenlig IT-användning i de kommunala vård- och omsorgsverksamheterna.

#### *Teknik i hemmet*

I projektet Hemma med IT arbetar Hjälpmedelsinstitutet under åren 2004–2007 för att underlätta ett självständigt boende för personer med kognitiva funktionsnedsättningar, både yngre och äldre. Målgruppen är personer som har svårigheter att minnas eller att orientera sig i tid och



rum, sänkt problemlösningsförmåga, sänkt språklig förmåga med mera. Det är vanligt med problem som exempelvis otrygghetskänsla, bristande tidsuppfattning, att glömma spis, vatten eller elapparater på, glömma att äta mat eller ta sin medicin, gå hemifrån utan att låsa samt lämna fönster och dörrar öppna. Inom projektet provas nya tekniska lösningar i form av olika hjälpmedel och kommunikationsformer. Försöksverksamheten sker på lokal nivå i tre kommuner där man kommer att prova såväl nya arbetsformer som nya hjälpmedel och metoder. Utgångspunkten är brukarnas behov. Syftet är att skynda på utvecklingen av tekniska hjälpmedel som kan höja livskvaliteten för både brukare och anhöriga. Detta genomförs genom att med praktiska exempel visa hur tekniska lösningar kan ge oberoende och ökad trygghet.

Bostadens och närmiljöns utformning är av central betydelse för äldre personer med funktionsnedsättningar. Stöd i det egna boendet i form av hjälpmedel och annan teknik samt bostadsanpassning blir allt viktigare. Försök pågår för att skapa ett integrerat system för informationsteknikens användning i hemmet, för nytta och nöje. IT-utvecklingen kan tillsammans med kunskaps- och metodutveckling ge helt nya möjligheter till kvarboende och till att skapa säkerhet och trygghet för äldre personer med funktionsnedsättningar och deras anhöriga. Ett utvecklingsområde med stor potential är stöd till personer med kognitiva funktionsnedsättningar.

Hjälpmedel och annat teknikstöd kan således ha den dubbel goda effekten att både ge ökade möjligheter till aktivitet och självständighet för äldre personer med funktionsnedsättningar och minska behovet av stöd i form av personal. Det kan även förebygga olycksfall och möjliggöra ett längre kvarboende i hemmiljö. För att ta tillvara hjälpmedlens kostnadseffektivitet fullt ut är det nödvändigt med mer av hälsoekonomiska beräkningar och helhetssyn, mer av samverkan mellan olika verksamheter och mindre av kortsiktiga och ensidiga besparingar.

EU:s ramprogram för forskning och teknisk utveckling har under flera år finansierat utveckling av teknik för äldre. Från år 2006 och fyra år framåt kommer Hjälpmedelsinstitutet att leda ett av de största projekten, vilket syftar till att utveckla, prova och utvärdera nya tjänster för äldre och personer med funktionshinder via 3G-telefoner, digital-TV och bredbands internet. EU:s sjunde ramprogram, som startar vid årsskiftet år 2006/2007, kommer att innehålla flera satsningar på ny teknik och äldre, bland annat för att ge stöd i boendet.

#### *Stöd till teknikutveckling*

En teknikutveckling för en åldrande befolkning kan både underlätta för människor att klara sig själva och spara offentliga medel. Det finns många exempel på vardagliga verktyg, såsom rollatorer och trygghetslarm, som har stor betydelse för äldre personers oberoende och livskvalitet. Regeringen bedömer att det behövs medel för att stimulera strategiskt viktig teknikutveckling inom äldreområdet. Syftet är att, genom att stimulera samverkan mellan industri, forskning, huvudmän och personal, utveckla ny teknik och införa nya tekniska lösningar i vården och omsorgen om äldre. Regeringen återkommer i 2006 års ekonomiska vårproposition med en bedömning av medelsbehovet.

Hjälpmedel är nödvändiga för att äldre personer med flera olika funktionsnedsättningar och sjukdomar ska kunna bo kvar hemma. Hjälpmedel behövs för att underlätta eller möjliggöra att själv klara många av vardagens aktiviteter som hygien, på- och avklädning, toalettbesök, förflyttning, hushållsarbete, gå och handla med mera. Hjälpmedlen är också nödvändiga för att anhöriga eller personal ska kunna utföra sitt vårdande arbete. IT-utvecklingen kommer att ge helt nya möjligheter till att skapa trygghet och säkerhet för äldre multisjuka personer och deras anhöriga.

### 8.7.1 Ökad enhetlighet i villkoren för hjälpmedel

**Regeringens bedömning:** Grunden för all hälso- och sjukvård är att den ges efter behov och på lika villkor. Äldre personers kostnader för hjälpmedel subventioneras i samtliga kommuner och landsting, även om subventionsgraden och utbudet av hjälpmedel varierar. Sveriges Kommuner och Landsting har tagit initiativ till överläggningar med sjukvårdshuvudmännen för att diskutera hur reglerna för tillhandahållande av hjälpmedel kan bli mer enhetliga. Regeringen välkomnar initiativet och avser att noga följa det.

**Skälen för regeringens bedömning:** Hjälpmedel tillhandahålls i stor utsträckning av landsting och kommuner enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Ansvaret omfattar hjälpmedel för den dagliga livsföringen, för vård och behandling samt personliga hjälpmedel i utbildning och undervisning. LSS- och hjälpmedelsutredningen (dir. 2001:81) konstaterade i sitt betänkande Hjälpmedel (SOU 2004:83) att avgifterna för hjälpmedel skiljer sig mellan olika delar av landet. Avgifter för hjälpmedel ingår inte i högkostnadsskyddet för hälso- och sjukvården och inte heller i systemet för läkemedelsförmånerna. För att ta bort skillnaderna i avgiftsuttag föreslog utredningen att hjälpmedel skulle bli gratis för den enskilde genom ett förbud för sjukvårdshuvudmännen att ta ut avgifter för hjälpmedel, annat än för besöksavgifter i samband med förskrivning, utprovning, anpassning av eller träning på sådana hjälpmedel. Förslagen har remissbehandlats och bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

I en nyligen publicerad rapport konstaterade Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) att det utöver skillnader avseende hjälpmedelsavgifter även finns skillnader mellan sjukvårdshuvudmännen i vilka hjälpmedel som erbjuds och i gränsdragningen till egenvård. Som en följd av resultaten i rapporten har SKL tagit initiativ till överläggningar med sjukvårdshuvudmännen om hur reglerna för hjälpmedel kan bli mer enhetliga. Regeringen ser mycket positivt på initiativet och avser att följa det noggrant.

### 8.8.1 Utgångspunkter

#### *Tidigare åtgärder*

Den 1 juli 2002 trädde nya bestämmelser i kraft som har till syfte att motverka kommunalt domstolstrots. Bland annat infördes nya bestämmelser i socialtjänstlagen (2001:453, SoL) och i lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), som innebär att en sanktionsavgift skall kunna åläggas kommuner och landsting som dröjer alltför länge med att verkställa domar angående insatser enligt dessa lagar. Till grund för bestämmelserna om kommunalt domstolstrots ligger promemorian Kommunalt domstolstrots (Ds 2000:53). Vid remissbehandlingen av promemorian anförde ett flertal remissinstanser att kommuners underlåtenhet att i vissa fall verkställa sina egna gynnande beslut är ett betydligt större problem än domstolstrots och att det är mycket angeläget att åtgärder vidtas för att komma till rätta med detta problem. I propositionen Åtgärder mot kommunalt domstolstrots (prop. 2001/02:122) aviserade regeringen (s. 26 f.) att den avsåg att återkomma i frågan om lämpliga åtgärder för att komma till rätta med problemet med underlåtenhet hos kommuner och landsting att verkställa sina egna gynnande beslut om insatser enligt LSS och SoL.

#### *Omfattning och utveckling av problemen*

Socialstyrelsen och länsstyrelserna har vid flera tillfällen, på uppdrag av regeringen, följt upp och redovisat ej verkställda beslut och domar enligt SoL och LSS. Uppföljningarna enligt SoL avser äldre- och handikappomsorg, dvs. inte individ- och familjeomsorg. Uppföljningarna har genomförts inom ramen för Socialstyrelsens och länsstyrelsernas gemensamma program för social tillsyn. Socialstyrelsen har sammanställt resultaten av de kartläggningar som länsstyrelserna har gjort i sina respektive län. Kartläggningarna har bestått av kvantitativa studier baserade på enkäter till samtliga kommuner i landet. Studierna visar en ögonblicksbild vid ett visst mätdatum. Det innebär att alla ej verkställda beslut, oavsett hur lång tid som har förflutit sedan beslutet fattades, ingår i totalsumman.

Den senaste rapporten Ej verkställda beslut och domar enligt LSS och SoL 2004 överlämnades till regeringen i augusti 2005. Den 31 december 2004 uppgick antalet ej verkställda beslut till drygt 5 500 ärenden, vilket är en ökning med 25 procent jämfört med året innan. Den största delen av ökningen gäller beslut om bistånd enligt 4 kap. 1 § SoL, från drygt 2 100 i december 2003 till nästan 3 100 i december 2004. Besluten enligt SoL handlar nästan uteslutande om bistånd till personer över 80 år. Endast sju procent av besluten rör bistånd till personer under 65 år. När det gäller insatser enligt 9 § 2–10 LSS har det totala antalet ej verkställda beslut ökat med drygt 150 mellan mättillfällena i december 2003 och december 2004, från knappt 2 300 till cirka 2 450. Vid mättillfället i december 2004 hade 34 procent av de enskilda som beviljats bistånd enligt 4 kap. 1 § SoL och väntar på verkställighet, väntat i mer än tre månader. Enligt Socialstyrelsen och länsstyrelserna går det inte att utläsa

någon trend vad gäller antalet ej verkställda beslut. De ej verkställda besluten minskade mellan åren 2001 och 2003 för att öka år 2004. Orsaken till dessa fluktuationer har inte kunnat fastställas.

När det bedöms att möjligheter saknas att verkställa ett beslut inom rimlig tid förekommer det i en del kommuner att ett avslag på en ansökan meddelas, trots att ett behov av den sökta insatsen anses föreligga. I landstingen förekommer detta i mycket liten utsträckning. Under år 2004 fattades totalt drygt 2 300 beslut om avslag enligt SoL och LSS trots att den sökande bedömdes ha behov av insatsen. Detta är en liten ökning jämfört med år 2003. De flesta av dessa ärenden gäller ansökningar om särskilt boende enligt SoL.

Över 60 procent av de ej verkställda besluten och domarna samt avslagen trots ett bedömt behov enligt socialtjänstlagen gäller kvinnor. Andelen kvinnor är störst i gruppen 80 år och äldre. Av totalt 2 057 ej verkställda beslut om bistånd enligt SoL till personer över 80 år gällde 1 436 beslut bistånd till kvinnor.

### *Orsaker till problemen*

Det finns ett flertal orsaker till att beslut av kommuner och landsting inte verkställs. Utbud och efterfrågan utgör naturligtvis en avgörande faktor i sammanhanget. Den enklaste förklaringen till varför beslut inte verkställs inom skälig tid är att den beslutade insatsen inte finns att tillgå. Det kan handla om en plats i särskilda boendeformer eller om en kontaktperson för en person med funktionshinder. Orsaker till att tillgång och efterfrågan inte överensstämmer är dock mer osäkra. När det gäller brist på platser i särskilda boendeformer uppger kommunerna att bristande resurser är en av de främsta orsakerna. Även bristande planering i kommunerna, både på kort och på lång sikt, leder till att beslut inte kan verkställas inom skälig tid. Det kan t.ex. handla om ett bristfälligt underlag för en tillförlitlig bedömning av det framtida behovet av särskilda boendeformer. Brister i planering och samordning över förvaltningsgränserna har också visat sig vara påtagliga. Det förekommer också på många håll brister i uppföljningen av fattade beslut, vilket innebär att socialnämnden inte uppmärksammas på att vissa beslut inte verkställs. Den handläggare som har fattat beslutet har ofta dålig kontroll över när och om verkställighet sker. I ett stort antal kommuner saknas rutiner för hur uppföljning av de beslut som fattas skall ske. Bristerna i uppföljningen av besluten leder i många fall till längre väntetider för den enskilde.

Förutom av orsaker som är att hänföra till kommunen, kan det också bero på den enskilde att ett gynnande beslut inte verkställs. Den enskilde tackar exempelvis i vissa fall nej till det boende som erbjuds, eftersom boendets geografiska placering, utformning, standard etc. inte motsvarar den enskildes önskemål, eller då boendet inte upplevs vara anpassat till den enskildes behov. I många kommuner anses ärendet inte som avslutat trots att den enskilde tackat nej, eftersom behovet kvarstår. Beslutet kvarstår därmed tills vidare som ej verkställt.

Antalet avslag trots bedömt behov varierar mycket kraftigt mellan olika län och kommuner i landet. I några län förekommer nämligen avslag trots bedömt behov i betydligt större omfattning än i övriga. I de län där antalet ej verkställda gynnande beslut är mindre finns en tendens

till att avslag trots bedömt behov förekommer i större utsträckning och omvänt. Länsstyrelsens information till kommunerna i länet tycks i detta sammanhang spela en stor roll.

Vanligen framförs rättssäkerhetsskäl som argument för att meddela ett avslagsbeslut i stället för ett gynnande beslut, i de fall kommunen inte kan verkställa beslutet inom rimlig tid. Genom att kommunen meddelar ett avslag på grund av platsbrist, ges den enskilde möjlighet att överklaga beslutet till länsrätten. Till stöd för denna handläggning åberopas ofta ett beslut av Riksdagens ombudsmän (JO). När det gäller beslut om avslag enligt SoL överklagas dessa beslut dock i mycket liten omfattning, trots att den enskilde bedöms vara i behov av aktuellt bistånd. Avslagsbeslut enligt LSS trots ett bedömt behov av sökt insats överklagas endast i ungefär hälften av fallen.

### *Ytterligare åtgärder behöver vidtas*

Regeringen anser att det ur rättssäkerhetssynpunkt är oacceptabelt att enskilda inte får tillgång till de rättigheter gentemot det allmänna som lagstiftningen ger dem. Med hänsyn till förekomsten och omfattningen av de aktuella problemen finner regeringen därför att ytterligare åtgärder behöver vidtas för att stärka den enskildes rättssäkerhet.

I denna proposition omfattar förslagen sådana beslut som har fattats enligt SoL. En grundläggande förutsättning för att många äldre och anhöriga skall känna sig trygga är vetskapen om att man får hjälp om och när man behöver den. Därför anser regeringen att det är nödvändigt att, som en del av denna utvecklingsplan, vidta åtgärder för att undanröja eventuella tvivel om att man exempelvis skall få en plats i särskilt boende när man behöver det och oro för att väntan på platsen skall bli alltför lång. De flesta av de ej verkställda besluten enligt SoL gäller beslut om en plats i särskilt boende.

När det gäller sådana beslut som har fattats enligt LSS avser regeringen att återkomma till frågan i samband med beredningen av Assistanskommitténs nyligen avlämnade delbetänkande (SOU 2005:100).

## **8.8.2 En förbättrad intern och extern uppföljning**

### **8.8.2.1 En rapporteringsskyldighet införs**

**Regeringens förslag:** I socialtjänstlagen (2001:453) skall införas en rapporteringsskyldighet för kommuner när det gäller ej verkställda gynnande beslut enligt 4 kap. 1 § socialtjänstlagen. Rapportering skall ske till länsstyrelsen, kommunens revisorer och fullmäktige. Regeringen bedömer att det behövs medel för att kompensera kommunerna för de merkostnader som uppstår till följd av detta förslag. Regeringen avser att återkomma i 2006 års ekonomiska vårproposition.

**Utredningens förslag:** Överensstämmer med regeringens.

**Remissinstanserna:** Samtliga remissinstanser utom ett antal kommuner och landsting tillstyrker utredningens förslag om en rapporteringsskyldighet. En övervägande del av kommunerna är negativa eller har

synpunkter på förslaget. *Socialstyrelsen* anser att det är positivt att förslagen inte endast omfattar repressiva åtgärder som sanktionsavgift utan även positiva åtgärder i form av en tydlig rapporteringsskyldighet. *Boverket* bedömer att man, för att få avsedd effekt, behöver gå längre än vad utredningen föreslår genom att kräva att statistikrapporten till fullmäktige skall omfatta status för *alla* inkomna ansökningar, inte bara ej verkställda beslut, och att den lämnas även till länsstyrelsen. Kommunledningen och tillsynsmyndigheten skulle på så vis enligt *Boverket* få en bättre överblick samt ett underlag för uppföljning av om rapporteringsskyldigheten och sanktionsmöjligheterna leder till ökat antal avslag eller fördröjd handläggning.

*Sveriges Kommuner och Landsting* m.fl. avvisar förslaget om rapporter till länsstyrelsen i den mån det ingår som en del i statens arbete med sanktionsavgifter och som därmed har ett repressivt syfte visavi huvudmännen. *Malmö kommun* ser förslaget som ett uttryck för en detaljstyrning som ter sig främmande för dagens synsätt på självstyrelsens innebörd.

**Skälen för regeringens förslag:** Regeringen kan konstatera att brister i uppföljningen av gynnande beslut är vanliga och att detta ofta leder till längre väntetider för enskilda för att få sådana beslut verkställda. Fullmäktigeledamöternas kunskaper dels om vilka rättigheter som tillförsäkras den enskilde genom socialtjänstlagen (2001:453, SoL), dels om förhållandena i kommunen har, vid utredningens analys, visat sig i många fall vara bristfälliga. För att komma till rätta med problem av det här slaget föreslår regeringen att en rapporteringsskyldighet införs för kommuner rörande ej verkställda gynnande beslut enligt SoL. Rapporteringsskyldigheten skall fullgöras av den eller de nämnder som ansvarar för utredning och beslut i ärenden enligt SoL. Regeringen vill i detta sammanhang understryka att det alltid är den beslutande nämnden som har ansvaret för att den enskilde verkligen får det bistånd som har beviljats, oavsett vem – den beslutande nämnden själv, en annan nämnd eller en enskild verksamhet – som verkställer det beslutade biståndet. Med detta ansvar följer självklart en skyldighet att dokumentera att beslutet har verkställts samt att följa upp det beviljade biståndet.

Regeringen bedömer att den föreslagna rapporteringsskyldigheten kommer att leda till en förbättrad uppföljning av kommunernas beslut. Samtidigt påverkas även möjligheterna att planera verksamheten i positiv riktning. Fullmäktigeledamöterna – som är ytterst ansvariga för fördelningen av medel – uppmärksammas dels på vilka rättigheter enskilda har enligt SoL, dels på förhållandena i kommunen. Revisorernas granskning och länsstyrelsernas tillsyn underlättas. Dessutom blir frågan om ej verkställda gynnande beslut synlig även för invånarna och media i och med den föreslagna rapporteringsskyldigheten till fullmäktige. När det gäller socialnämndernas rapporteringsskyldighet till revisorerna vill regeringen poängtera att avsikten inte är att peka ut vad revisorerna enligt 9 kap. 10 § kommunallagen (1991:900) skall granska. Avsikten är i stället att underlätta revisorernas arbete när det gäller att ta ställning till om en granskning bör ske.

Socialnämndens rapporteringsskyldighet skall omfatta alla gynnande beslut enligt 4 kap. 1 § SoL som inte har verkställts inom en viss tid. Regeringen vill påpeka att rapporteringsskyldigheten gäller alla former

av bistånd, inte bara beslut om särskilt boende för äldre och andra beslut inom äldreomsorgen. Även beslut enligt SoL inom omsorgen om funktionshindrade och inom individ- och familjeomsorgen, såsom exempelvis beslut om kontaktperson enligt SoL, skall omfattas av rapporteringskyldigheten.

Det kan även förekomma att verkställigheten av ett gynnande beslut avbryts, t.ex. om en kontaktperson avslutar sitt uppdrag. Rapporteringskyldigheten skall därför även gälla alla gynnande beslut enligt nyss nämnda lagrum som inte har verkställts på nytt inom en viss tid efter det att verkställigheten avbrutits. Rapporteringen skall ske till länsstyrelsen, kommunens revisorer samt fullmäktige.

Regeringen vill i klargörande syfte påpeka att det endast skall finnas en rapporteringsskyldighet då det finns beslut som skall rapporteras. I de fall det saknas beslut som omfattas av den rapporteringsskyldighet som nu beskrivits, behöver något meddelande om detta inte skickas till dem som annars skulle vara mottagare av rapporterna. Regeringen återkommer i 2006 års ekonomiska vårproposition angående 2006 och behovet av medel för därefter följande år.

### 8.8.2.2 Hur rapporteringen skall gå till

**Regeringens förslag:** Socialnämnden skall till länsstyrelsen och revisorerna rapportera alla gynnande nämndbeslut om bistånd enligt 4 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453) som inte har verkställts inom tre månader från dagen för beslutet. För varje beslut skall socialnämnden ange tidpunkten för beslutet och vilken typ av insats beslutet gäller samt kortfattat uppge skälen för dröjsmålet. Rapporteringen skall ske en gång per kvartal.

Motsvarande rapporteringsskyldighet skall även gälla beslut som inte verkställs på nytt efter att verkställigheten avbrutits. Rapporteringsskyldigheten skall gälla beslut som inte har verkställts på nytt inom tre månader från den dag då verkställigheten avbröts. Rapporteringen skall även här ske en gång per kvartal.

När ett gynnande beslut, som en socialnämnd till länsstyrelsen och revisorerna tidigare har rapporterat som ej verkställt senare har verkställts, skall nämnden anmäla detta till länsstyrelsen och revisorerna. Datum för verkställigheten skall då anges. Detsamma skall gälla beslut som verkställs på nytt efter det att ärendet rapporterats till länsstyrelsen och revisorerna med anledning av att verkställigheten tidigare avbrutits.

Socialnämnden skall till fullmäktige lämna en statistikrapport över hur många av nämndens gynnande beslut enligt 4 kap. 1 § socialtjänstlagen som inte har verkställts inom tre månader från dagen för respektive beslut. Nämnden skall vidare ange vilka typer av bistånd dessa beslut gäller samt hur lång tid som förflutit från dagen för respektive beslut. Rapportering skall ske en gång per kvartal.

Motsvarande rapporteringsskyldighet till fullmäktige skall även gälla beslut som inte verkställs på nytt efter att verkställigheten avbrutits. Rapporteringsskyldigheten skall gälla beslut som inte har verkställts på nytt inom tre månader från den dag då verkställigheten avbröts.

**Utredningens förslag:** Överensstämmer delvis med regeringens. Utredningen föreslog att rapporteringsskyldigheten skulle omfatta alla beslut som inte verkställts inom två månader från och med dagen för beslutet eller från och med den dag då verkställigheten avbröts. Vidare föreslog utredningen att rapportering skulle ske en gång per månad.

**Remissinstanserna:** En del remissinstanser har synpunkter på hur ofta beslut skall rapporteras och hur lång tid som skall ha gått sedan de fattades, ofta med hänvisning till den stora administrativa belastning man bedömer att rapporteringen kommer att innebära. *Länsrätten i Göteborg* förordar att tidsfristen differentieras och sätts längre när åtgärderna normalt kan väntas ta längre tid att genomföra. *Länsstyrelsen i Hallands län* anser att länsstyrelserna genom rapporteringarna bör få tillräckligt med uppgifter för att kunna ta ställning till en ansökan om särskild avgift. Ytterligare uppgifter bör därför omfattas av rapporteringsskyldigheten, enligt Länsstyrelsen i Hallands län.

### Skälen för regeringens förslag

#### *Socialnämndens rapporteringsskyldighet till länsstyrelsen och revisorerna*

Socialnämnden skall till länsstyrelsen och till revisorerna rapportera alla gynnande nämndbeslut om bistånd enligt 4 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453, SoL) som inte har verkställts inom tre månader från dagen för beslutet. För varje beslut skall socialnämnden ange tidpunkten för beslutet och vilken typ av insats beslutet gäller samt kortfattat uppge skälen för dröjsmålet. Rapporteringen skall ske en gång per kvartal. Motsvarande rapporteringsskyldighet föreslås också beträffande sådana beslut som inte verkställs på nytt efter att verkställigheten av någon anledning avbrutits. Rapporteringsskyldigheten skall i dessa fall gälla beslut som inte har verkställts på nytt inom tre månader från den dag då verkställigheten avbröts.

För att den föreslagna rapporteringsskyldigheten skall få önskad effekt är det mycket viktigt att mottagarna av rapporterna erhåller uppgifterna vid de tidpunkter som föreskrivs i lagen. Annars förbättras inte kommunens uppföljning av fattade beslut. Inte heller underlättas länsstyrelsens tillsyn. Regeringen förutsätter därför att kommunen tar fram rutiner som möjliggör en direkt rapportering av de beslut som inte har verkställts inom tre månader från dagen för beslutet eller från den dag då verkställigheten avbröts.

Beslut enligt SoL skall verkställas omedelbart (16 kap. 3 § andra stycket SoL). Även om detta är fallet måste kommunen naturligtvis i praktiken få skälig tid på sig att verkställa ett beslut sedan behovet av bistånd blivit känt. När det gäller att ta ställning till vid vilken tidpunkt den föreslagna rapporteringsskyldigheten skall inträda och hur ofta den skall ske måste en avvägning göras mellan olika intressen. Regeringen är medveten om att rapporteringsskyldigheten leder till ökat arbete för socialnämnden. Detta gäller inte minst i de kommuner där arbetet med uppföljning av besluten för närvarande är mindre omfattande. I viss mån leder rapporteringsskyldigheten också till ökat arbete för mottagarna av rapporterna. Här måste dock beaktas att rapporteringen även underlättar mottagarnas arbete. Det ligger också i sakens natur att socialnämndens



arbete med rapporteringen minskar ju längre tid efter beslutet som rapporten skall lämnas. Vid bedömningen av tidpunkten för rapporteringen och intervallet mellan rapporteringstillfällena måste emellertid syftet med denna – att öka rättssäkerheten för enskilda – väga tungt. Efter en avvägning mellan intresset av att kommuner inte betungas mer än nödvändigt och intresset av att besluten verkställs inom rimlig tid, föreslår regeringen att socialnämnder åläggs en redovisningsskyldighet en gång per kvartal beträffande ej verkställda gynnande beslut enligt SoL efter tre månader från dagen för beslutet eller efter tre månader från den dag då verkställigheten av ett beslut avbröts.

Regeringen föreslår vidare att när ett gynnande beslut, som socialnämnden till länsstyrelsen och revisorerna tidigare har rapporterat som ej verkställt, senare verkställs, skall nämnden anmäla detta till länsstyrelsen och revisorerna. Datum för verkställigheten skall då anges. Motsvarande skall även gälla när beslut som tidigare har rapporterats till länsstyrelsen och revisorerna med anledning av att verkställigheten avbrutits, verkställs på nytt. Skälet bakom detta förslag är att länsstyrelserna och revisorerna skall kunna följa handläggningen av varje redovisat ärende, för att kunna bedöma om verkställighet kan anses ha skett inom rimlig tid. Regeringen menar att det inte finns anledning att föreskriva en tidsfrist inom vilken socialnämnden skall underrätta länsstyrelsen och revisorerna att verkställighet av ett beslut skett. Det får nämligen anses ligga i socialnämndens intresse att så snart som möjligt lämna en sådan underrättelse, för att kunna undgå en vidare granskning.

#### *Socialnämndens rapporteringsskyldighet till fullmäktige*

Regeringen föreslår att socialnämnden till fullmäktige skall lämna en statistikrapport över hur många gynnande beslut enligt 4 kap. 1 § SoL som inte har verkställts inom tre månader från dagen för besluten, vilka typer av bistånd som besluten gäller samt hur lång tid som vid rapporteringstillfället förflutit från dagen för respektive beslut. Det är viktigt att den statistikrapport som socialnämnden lämnar till fullmäktige utformas på ett sådant sätt att sekretessbelagda uppgifter om enskilda inte lämnas ut. Rapporten kan efter begäran lämnas ut till allmänheten eller media. Det skall alltså av socialnämndens redovisning till fullmäktige inte gå att härleda vilka personer besluten gäller. Inte heller skall socialnämnden ange skälen till varför de rapporterade besluten inte är verkställda, eftersom förslaget inte är avsett att skapa en diskussion kring enskilda ärenden. Det är dock viktigt att det framgår hur stor del av de ej verkställda besluten som gäller bistånd till kvinnor respektive män. Den föreslagna rapporteringen skall, liksom rapporteringen till länsstyrelsen och revisorerna, ske en gång per kvartal. En motsvarande rapporteringsskyldighet till fullmäktige skall även gälla för socialnämnden beträffande beslut som inte verkställs på nytt efter avbrott i verkställigheten. Rapporteringsskyldigheten gäller då beslut som inte har verkställts på nytt inom tre månader från den dag då verkställigheten avbröts.

**Regeringens förslag:** Genom en ändring i kommunallagen (1991:900) föreslås de kommunala revisorernas granskning även få omfatta ärenden som avser myndighetsutövning mot en enskild, när granskningen gäller hur socialnämnderna verkställer egna gynnande beslut enligt socialtjänstlagen (2001:453).

**Utredningens förslag:** Överensstämmer med regeringens.

**Remissinstanserna:** En stor majoritet av remissinstanserna tillstyrker förslaget. *Sveriges Kommuner och Landsting* anser att utredningens förslag om ökad intern genomlysning och granskning hos huvudmännen när gynnande nämndbeslut inte har verkställts inom viss tid, har förutsättningar att på olika sätt förbättra den lokaldemokratiska styrningen av rättighetslagstiftningen.

Några *kommuner* och *landsting* avstyrker förslaget och anser att de kommunala revisorerna redan i dag har tillräckliga granskningsmöjligheter.

**Skälen för regeringens förslag:** Regeringen vill med förslaget möjliggöra en effektiv kontroll av verkställigheten av socialnämndernas egna gynnande beslut. Förslaget innebär att revisorerna skall ges en rätt och en möjlighet att granska ärenden som avser myndighetsutövning mot någon enskild, när granskningen gäller hur socialnämnderna verkställer sina egna gynnande beslut enligt socialtjänstlagen (2001:453, SoL).

De kommunala revisorernas granskning omfattar inte ärenden som avser myndighetsutövning mot någon enskild annat än i särskilt angivna fall som anges i kommunallagen (1991:900, KL). För att möjliggöra en effektiv kontroll av att de allmänna förvaltningsdomstolarnas avgöranden inte åsidosätts (prop. 2001/02:122, s. 15) har de kommunala revisorerna genom en ändring i KL, sedan den 1 juli 2002, möjlighet att granska hur nämnderna verkställer avgöranden av allmänna förvaltningsdomstolar. Genom det nu aktuella förslaget till ändring i KL får revisorerna motsvarande möjlighet när det gäller verkställighet av socialnämndernas egna beslut enligt SoL.

### 8.8.3 Sanktionsavgift som ett yttersta påtryckningsmedel

#### 8.8.3.1 Ett sanktionsavgiftssystem införs

**Regeringens förslag:** Genom en ändring i socialtjänstlagen (2001:453) skall en kommun, som inte inom skälig tid tillhandahåller bistånd enligt 4 kap. 1 § socialtjänstlagen som någon är berättigad till enligt ett beslut av kommunen, åläggas att betala en särskild avgift. Detsamma gäller en kommun som inte inom skälig tid på nytt tillhandahåller biståndet efter det att verkställigheten av ett sådant beslut avbrutits. Avgiften skall tillfalla staten.

**Utredningens förslag:** Överensstämmer med regeringens.

**Remissinstanserna:** Ett övervägande antal av remissinstanserna, däribland *Riksdagens ombudsmän (JO)*, *Kammarrätten i Göteborg*, *Länsrätten i Västmanlands län*, *Länsrätten i Örebro län*, *Socialstyrelsen*,

*Handikappombudsmannen (HO)*, *Boverket* och de flesta *länsstyrelser*, tillstyrker utredningens förslag. *Socialstyrelsen* anser att ett införande av ett sanktionsavgiftssystem är nödvändigt. Den erfarenhet som finns av sanktionsavgift gällande ej verkställda domar tyder, enligt *Socialstyrelsen*, på att sanktionsavgiften har en förebyggande funktion. *Länsstyrelsen i Stockholms län* anser att sanktionsavgifter för beslut som inte verkställs skall införas när det gäller lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), men anser inte att det finns tillräckligt starka skäl som talar för att denna möjlighet även skulle gälla beslut enligt socialtjänstlagen (2001:453, SoL). *Länsstyrelsen i Hallands län* anser att det tydligare behöver framgå att även beslut och avbruten verkställighet inom individ- och familjeomsorgsområdet vad gäller bistånd omfattas av förslagen.

Flera remissinstanser efterlyser en definition av vad som bör räknas som skälig tid.

Flertalet kommuner och landsting samt *Sveriges Kommuner och Landsting* avvisar förslaget. *Sveriges Kommuner och Landsting*, som menar att denna typ av lagstiftning inte har något berättigande inom ramen för SoL och LSS, anser att ambitionerna i lagstiftningen i stället bör ändras så att de blir möjliga att nå för kommuner och landsting inom ramen för tillgängliga finansiella och andra resurser.

**Skälen för regeringens förslag:** Regeringen föreslår i denna proposition åtgärder för att komma till rätta med problemet att kommuners gynnande beslut enligt SoL inte verkställs inom skälig tid. En av de bärande tankarna bakom förslagen är att ge kommuner verktyg för att de skall kunna fullgöra sina uppgifter på ett bättre sätt. Detta föreslås ske bl.a. genom den i föregående avsnitt föreslagna rapporteringsskyldigheten rörande ej verkställda gynnande beslut. För att kunna åstadkomma att gynnande beslut verkställs inom skälig tid krävs dock, enligt regeringens mening, även ett effektivt yttersta påtryckningsmedel.

Utredningen har analyserat och övervägt olika tänkbara åtgärder för att motverka kommuners underlåtenhet att verkställa sina egna beslut. Därvid har övervägts om straffansvaret bör utvidgas för förtroendevalda och anställda, om skadeståndsskyldigheten bör utvidgas för förtroendevalda och anställda eller för kommunen som juridisk person eller om en vitessanktion bör införas som ett påtryckningsmedel. Utredningen har dock funnit att det varken är lämpligt att införa en vitessanktion eller att utvidga det straffansvar eller den skadeståndsskyldighet som i dag finns i kommunal verksamhet. Vidare har utredningen funnit att utsökningsbalkens regler om utmätning och annan verkställighet inte är tillämpliga på kommuners gynnande beslut enligt bl.a. SoL. Regeringen instämmer i utredningens bedömningar i dessa delar.

Utredningen har funnit att ett sanktionsavgiftssystem har flera fördelar, då avgifterna kan skraddarsys för de områden där de skall användas och då de kan åläggas utan att uppsåt eller oaktsamhet behöver styrkas. Även sådana straffrättsliga principer som skuld, proportionalitet och betalningsförmåga kan åsidosättas, vilket gör sanktionsavgiften till ett effektivt påtryckningsmedel. I likhet med utredningen anser därför regeringen att en sanktionsavgift är det lämpligaste påtryckningsmedlet.

Den föreslagna sanktionsavgiften är avsedd som en yttersta åtgärd, som regeringen bedömer bara behöver tillgripas i ett mindre antal fall.

Regeringen vill betona att huvudvikten i förslagen ligger i att inom kommunen skapa en medvetenhet om vad en rättighetslagstiftning innebär och hur de specifika behov som finns inom kommunen ser ut, för att dessa behov sedan skall kunna tillgodoses. Liksom sanktionsavgiften vid domstolstrots bör den vara en obligatorisk avgift som under vissa förutsättningar kan bortfalla.

Beslut om bistånd enligt SoL skall i princip verkställas omedelbart (jfr 16 kap. 3 § andra stycket SoL). Det ligger dock i sakens natur att det inte kan anses rimligt att kommunen alltid skall kunna tillhandahålla ett visst bistånd omedelbart. Skyldigheten att betala sanktionsavgift kan därför inte anknytas till dagen för beslutet eller dagen då verkställigheten av ett beslut avbrutits. Verkställighet av beslut enligt SoL skall enligt förslaget i stället ske inom skälig tid från tidpunkten för det gynnande beslutet, för att en ansökan om åläggande av sanktionsavgift inte skall göras. Förslaget tar även sikte på fall då ett beslut tidigare har varit verkställt, men då verkställigheten av någon anledning avbrutits. Det kan t.ex. gälla bistånd i form av kontaktperson, när kontaktpersonen flyttar från orten och uppdraget därmed upphör.

Flera remissinstanser har påpekat att det vore önskvärt att det av lagtexten framgick hur lång tid som kommunen skäligen bör få på sig att verkställa ett gynnande beslut. Regeringen anser dock att det inte är lämpligt att ange någon generell tidsfrist för vad som är skälig tid, eftersom det alltid måste göras en bedömning av omständigheterna i det enskilda fallet. Vidare måste man vanligen räkna med att det tar längre tid att verkställa vissa typer av bistånd jämfört med andra. Någon angiven tidsgräns finns inte heller i bestämmelserna om sanktionsavgift vid kommunalt domstolstrots. Regeringen vill i detta sammanhang understryka att den i föregående avsnitt föreslagna tiden om tre månader från dagen för beslutet fram till dess rapporteringsskyldighet för socialnämnden inträder, inte innebär att det är denna tid som nämnden skäligen har på sig att verkställa ett beslut. En bedömning av hur lång tid socialnämnden skäligen bör få på sig måste alltid avgöras utifrån en individuell bedömning. Vid bedömningen av vad som i det enskilda fallet kan anses vara skälig tid torde dock, enligt regeringens mening, kunna beaktas om det finns sådana särskilda omständigheter som kan utgöra grund för nedsättning eller eftergift av sanktionsavgiften (se avsnitt 8.8.3.2).

Den sanktionsavgift, som enligt 28 a § LSS och 16 kap. 6 a § SoL kan åläggas en kommun eller ett landsting vid domstolstrots, riktas mot kommunen eller landstinget som juridisk person och inte mot ordföranden eller övriga förtroendevalda i en nämnd. Som skäl härför har regeringen anfört (prop. 2001/02:122, s. 23) att fullmäktiges ställningstaganden i fråga om medelstilledningen visserligen i många fall kan antas ha haft avgörande betydelse för uppkommande dröjsmål, men framhållit att fullmäktiges ledamöter är direkt valda och att deras ansvar i första hand är politiskt. Regeringen har därför ansett att en sanktion riktad mot fullmäktiges ledamöter inte bör komma i fråga. Regeringen gör samma bedömning som tidigare när det gäller den nu föreslagna sanktionsavgiften.

Vid bedömningen av om en sanktionsavgift skall påföras gäller vanligtvis så kallat strikt ansvar, vilket innebär att betalningsskyldighet åläggs när en regelöverträdelse objektivt kan konstateras. Det strikta

ansvaret anses vanligen godtagbart när de som kan tänkas bli avgiftsskyldiga kan förväntas ha god kännedom om gällande föreskrifter och dessutom ha en särskild anledning att vaka över att föreskrifterna följs. Regeringen anser inte att det bör ställas upp något krav på uppsåt eller oaktsamhet från kommunens sida för att avgiftsskyldighet skall uppstå, när gynnande beslut enligt socialtjänstlagen inte verkställs inom skälig tid. Detta är inte heller fallet vid kommunalt domstolstrots.

Sanktionsavgifter på andra områden, t.ex. vid kommunalt domstolstrots, tillfaller staten. Regeringen anser inte att det finns skäl att göra undantag från denna princip.

Regeringen vill vidare särskilt påpeka att förslaget om sanktionsavgifter, liksom förslaget om rapporteringsskyldighet i avsnitt 8.8.2.1 omfattar alla typer av beslut om bistånd. Ett åläggande av sanktionsavgift kan exempelvis aktualiseras om ett beslut om kontaktperson enligt 4 kap. 1 § SoL inte verkställs inom skälig tid.

Något behov av resurstillskott till de allmänna förvaltningsdomstolarna med anledning av förslaget om sanktionsavgifter bedöms inte finnas. Vid denna bedömning har regeringen beaktat att det inte längre bör förekomma några överklaganden av beslut om avslag trots ett bedömt behov av den sökta insatsen (se 8.8.4). Vidare bör antalet ansökningar om utdömande av sanktionsavgift bli begränsat, eftersom förslaget om sanktionsavgift är avsett som en yttersta åtgärd som bedöms bara behöva vidtas i undantagsfall. Antalet ansökningar om utdömande av sanktionsavgift vid domstolstrots har varit mycket få, under år 2004 endast cirka 30 stycken, och trenden är att de blir allt färre. Regeringens samlade bedömning är att den totala arbetsbelastningen för de allmänna förvaltningsdomstolarna kommer att vara i princip oförändrad.

### 8.8.3.2 Avgiftens storlek m.m.

**Regeringens förslag:** När avgiftens storlek fastställs skall det särskilt beaktas hur lång tid dröjsmålet har pågått och hur allvarligt det i övrigt kan anses vara. Förslaget föranleder en ändring i 16 kap. 6 b § socialtjänstlagen (2001:453)

**Regeringens bedömning:** Övriga bestämmelser i 16 kap. 6 b § socialtjänstlagen om avgiftens storlek och eftergift av avgiften m.m. behöver inte ändras.

**Utredningens förslag:** Överensstämmer delvis med regeringens förslag och bedömning. Utredningen föreslog inte någon ändring av bestämmelsen i 16 kap. 6 b § socialtjänstlagen (2001:453, SoL).

**Remissinstanserna:** *Länsstyrelsen i Uppsala län* menar att sanktionsavgiftens lägsta nivå i vissa fall är hög, men med utredningens förtydligande om sanktionsavgiftens repressiva inslag kan länsstyrelsen acceptera även den nivån. *Länsstyrelsen i Norrbottens län* finner det särskilt positivt att förslaget är helt jämförbart med nuvarande bestämmelser om särskild avgift vid ej verkställda domar. *Helsingborgs kommun* betonar att svårigheterna med att verkställa beslutade insatser många gånger beror på den enskilde själv. Hur kommunen skall agera när den enskilde själv tackar nej till en insats eller när en insats skall anses vara verkställd

är frågor som enligt Helsingborgs kommun måste tydliggöras eftersom det annars finns risk för att kommuner påförs ogrundade sanktionsavgifter. *Riksförbundet för utvecklingsstörda barn, ungdomar och vuxna (FUB)* anser, med hänsyn tagen till sanktionsavgiftens preventiva syfte, att avgiften bör vara högre än vad kommunen skulle spara på att inte verkställa en insats. FUB påpekar att utredningen inte har berört den faktiska och ideella skada den enskilde och dennes familj lider när en kommun underlåter att verkställa en insats. Denna skada bör enligt FUB vägas in i bedömning av hur hög sanktionsavgiften skall vara.

**Skälen för regeringens förslag och bedömning:** I 16 kap. 6 b § SoL finns särskilda bestämmelser om sanktionsavgiftens storlek och eftergift av avgiften m.m. Bestämmelsen som i dag tillämpas på sanktionsavgifter vid kommunalt domstolstrots kommer även att gälla för den nu föreslagna avgiften. I bestämmelsen anges att den fastställda avgiften fastställs till lägst tio tusen kronor och högst en miljon kronor. Vidare anges att det, när avgiftens storlek fastställs, särskilt skall beaktas hur länge dröjsmålet pågått och hur allvarligt det i övrigt kan anses vara. Avgiften får, enligt bestämmelsen, efterges om det finns synnerliga skäl för det. I ringa fall skall inte någon avgift tas ut.

Som regeringen tidigare anfört i propositionen Åtgärder mot kommunalt domstolstrots (prop. 2001/02:122, s. 24) har sanktionsavgifter regelmässigt både ett repressivt och ett vinsteliminierande inslag, vilket medför att avgifterna ofta uppgår till belopp som överstiger de böter som kan komma i fråga för brott som kan bedömas vara av liknande svårighetsgrad som överträdelsen. På motsvarande sätt som vid kommunalt domstolstrots är avsikten med den sanktionsavgift som nu föreslås, att den skall kunna sättas så högt att den motverkar kommunalt lagtrots av aktuellt slag. Förslaget skulle inte uppnå sitt syfte om det medförde en möjlighet för en kommun att medvetet ådra sig en sanktionsavgift med ett lägre belopp än vad det skulle kosta att tillhandahålla biståndet. En rimlig högsta nivå på sanktionsavgiften bör, i likhet med vad som gäller vid kommunalt domstolstrots, vara en miljon kronor. Det bör dock endast i undantagsfall vara aktuellt med en så hög sanktionsavgift.

Det lägsta beloppet för en sanktionsavgift bör, i likhet med vad som kan beslutas vid kommunalt domstolstrots, lämpligen kunna bestämmas till tio tusen kronor. När det gäller insatser som kostar förhållandevis lite att verkställa, såsom kontaktperson, bör även den besparing som kommunen har gjort genom att inte arbeta aktivt med att rekrytera en lämplig person beaktas då storleken på sanktionsavgiften bestäms. Till detta skall sedan läggas det repressiva inslaget av sanktionen.

När det gäller att beräkna hur stor sanktionsavgift som skall åläggas kommunen i det enskilda fallet bör vissa schabloner kunna användas. Som regeringen angav i Åtgärder mot kommunalt domstolstrots (prop. 2001/02:122, s. 30) bör en viktig faktor vara hur länge dröjsmålet varat. Enligt regeringens mening innebär detta att hela den tidsperiod som dröjsmålet har pågått bör vara föremål för länsrättens prövning. Utredningen har konstaterat att det, i de domar som meddelats när det gäller sanktionsavgifter vid kommunalt domstolstrots, har diskuterats olika möjliga sluttidpunkter för den period som skall beaktas vid beräkningen av storleken på sanktionsavgiften. Genom den nu föreslagna ändringen i 16 kap. 6 b § SoL vill regeringen markera att hela perioden fram till tid-

punkten för länsrättens dom bör beaktas härvid, för det fall beslutet inte dessförinnan har verkställts. Om beslutet verkställs under tiden som målet om utdömning av avgift handläggs i länsrätten, bör följaktligen tiden fram till tidpunkten för verkställigheten beaktas. Det finns inte något som hindrar att en sanktionsavgift beslutas i de fall då det gynnande myndighetsbeslutet enligt SoL redan har verkställts men då detta inte kan sägas ha skett inom skälig tid. Att en sanktionsavgift även skall kunna dömas ut i fall då beslutet redan har verkställts, är en viktig förutsättning för att upprätthålla sanktionssystemets effektivitet. Att ett beslut verkställs sedan ett ärende om åläggande av sanktionsavgift har inletts torde dock, enligt regeringen, i många fall kunna leda till att avgiften bestäms till ett lägre belopp än om verkställigheten skulle ha dröjt ytterligare någon tid.

Domstolens arbete med att beräkna storleken på sanktionsavgiften underlättas om länsstyrelsen, till grund för sitt yrkande om utdömning av avgift, gör en uppskattning av den besparing som kommunen *per månad* kan antas ha gjort genom att inte inom skälig tid verkställa sitt beslut.

Som angetts skall avgiftsskyldigheten bygga på ett strikt ansvar. På motsvarande sätt som gäller vid kommunalt domstolstrots måste det dock enligt regeringen finnas en möjlighet att sätta avgiften lägre än normalt eller att efterge den helt, när det finns särskilda omständigheter. Utgångspunkten måste, enligt regeringens mening, vara att kommunen i princip skall vidta alla åtgärder som är möjliga för att verkställa ett gynnande beslut. Sanktionsavgiften skall enbart kunna sättas ned eller bortfalla om synnerliga skäl föreligger. Motsvarande förhållande är tänkt att gälla vid kommunalt domstolstrots (jfr prop. 2001/02:122, s. 24 f.). Om den enskilde, innan tidpunkten för skälig tid överskridits, har fått ett godtagbart erbjudande om en bostad som han eller hon tackat nej till, anser regeringen att synnerliga skäl för eftergift av sanktionsavgiften kan finnas. Detta kan även gälla t.ex. om kommunen, trots stora ansträngningar, inte lyckas ordna en kontaktperson inom skälig tid. Det finns i detta sammanhang även skäl att framhålla ett klargörande av Lagrådet i propositionen Åtgärder mot kommunalt domstolstrots (prop. 2001/02:122, s. 51), nämligen att de omständigheter som bör kunna anses utgöra synnerliga skäl är omständigheter som legat utanför kommunens eller landstingets kontroll. Att man i sin ekonomiska planering prioriterat medlen på ett sådant sätt att resurserna inte räckt till för att tillhandahålla insatser enligt den förevarande lagen kan sålunda inte utgöra skäl för eftergift. Däremot torde det, enligt Lagrådet, inte vara helt uteslutet att – inom snäva ramar – som en faktor beakta svårigheter med ekonomisk omprioritering då det gäller att bedöma om ett dröjsmål är oskäligt eller då fråga blir om att bestämma den särskilda avgiftens storlek.

Sammanfattningsvis anser regeringen att de bestämmelser om avgiftens storlek m.m. som redan finns i 16 kap. 6 b § SoL och som gäller vid kommunalt domstolstrots även är lämpliga för den nu föreslagna sanktionsavgiften. En ändring i paragrafen föreslås dock i syfte att klargöra vilken tidsperiod som bör beaktas då avgiftens storlek bestäms.

**Regeringens förslag:** Om en kommun efter att ha ålagts att betala särskild avgift fortfarande underlåter att tillhandahålla biståndet får en ny särskild avgift enligt 16 kap. 6 a § första eller andra stycket socialtjänstlagen (2001:453) dömas ut. En sanktionsavgift får dömas ut bara om länsstyrelsens ansökan delgetts kommunen inom två år från tidpunkten för det gynnande beslutet om bistånd eller inom två år från det att verkställigheten av det gynnande beslutet avbrutits. Förslaget föranleder en ändring i 16 kap. 6 d § socialtjänstlagen och en ny paragraf, 16 kap. 6 e § samma lag.

**Regeringens bedömning:** Den nuvarande bestämmelsen i 16 kap. 6 c § socialtjänstlagen (2001:453) om handläggning i domstol behöver inte ändras

**Utredningens förslag:** Överensstämmer i stort med regeringens förslag och bedömning. Utredningen föreslog även en bestämmelse om skyndsamt handläggning i de allmänna förvaltningsdomstolarna.

**Remissinstanserna:** Mycket få remissinstanser har särskilt kommenterat utredningens förslag när det gäller handläggning av frågor om sanktionsavgift.

**Skälen för regeringens förslag och bedömning:** Ärenden om åläggande av sanktionsavgift vid kommunalt domstolstrots handläggs i domstol, i första instans länsrätten. Det är i dag en uppgift för länsstyrelsen att ansöka hos länsrätten om skyldighet för en kommun eller ett landsting att betala sanktionsavgift. Detta framgår av 16 kap. 6 c § socialtjänstlagen (2001:453, SoL). Enligt regeringens mening är det naturligt att motsvarande ordning även gäller vid handläggningen av den nu förslagna sanktionsavgiften. Den nyss nämnda bestämmelsen, som blir tillämplig även på handläggningen av den nu föreslagna sanktionsavgiften, behöver därför inte ändras.

Om en kommun efter att ha ålagts att betala särskild avgift fortfarande underlåter att tillhandahålla biståndet får ny särskild avgift dömas ut. Detta anges i 16 kap. 6 d § första stycket SoL och gäller i dag för sanktionsavgifter vid kommunalt domstolstrots. På motsvarande sätt bör det – när gynnande myndighetsbeslut enligt SoL inte verkställs inom skälig tid – inte finnas något hinder mot att en ny sanktionsavgift beslutas för den ytterligare period som det gynnande beslutet inte verkställts. Bestämmelsen i det nuvarande 16 kap. 6 d § första stycket SoL blir tillämplig även på den nu föreslagna sanktionsavgiften. För tydlighetens skull vill regeringen, genom en föreslagen ändring i 16 kap. 6 d § SoL, markera att även den nu föreslagna sanktionsavgiften skall kunna dömas ut på nytt.

Det är viktigt att en ansökan om åläggande av sanktionsavgift väcks utan onödig tidsutdräkt. Det skall därför, i likhet med vad som gäller vid kommunalt domstolstrots, föreskrivas att en sanktionsavgift får dömas ut om länsstyrelsens ansökan delgetts kommunen inom två år från tidpunkten för det gynnande myndighetsbeslutet om biståndet. Även beslut enligt vilka verkställigheten avbrutits skall enligt regeringens förslag på nytt verkställas inom skälig tid. För dessa beslut skall då gälla att en sanktionsavgift bara får dömas ut om länsstyrelsens ansökan delgetts



#### 8.8.4 Avslag trots ett bedömt behov – oförenligt med rättsordningen

**Regeringens bedömning:** Det bör inte införas någon möjlighet att avslå ansökningar om bistånd enligt socialtjänstlagen (2001:453) genom att åberopa att ett gynnande beslut inte bedöms kunna verkställas inom rimlig tid, när förutsättningar finns för att meddela ett positivt beslut. En sådan ordning är inte förenlig med rättsordningen.

**Utredningens bedömning:** Överensstämmer med regeringens.

**Remissinstanserna:** En stor majoritet av remissinstanserna delar utredningens bedömning. Några remissinstanser, däribland *Länsstyrelsen i Västra Götalands län*, anser att det utifrån gällande lagstiftning finns skäl att avslå den enskildes ansökan om insatsen inte kan tillhandahållas inom rimlig tid, men menar att ett införande av sanktionsavgifter skulle innebära att man instämmer i utredningens bedömning att ett bifallsbeslut ovillkorligen skall meddelas när behov föreligger.

**Skälen för regeringens bedömning:** Enligt 4 kap. 1 § första stycket socialtjänstlagen (2001:453, SoL) har den som inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt rätt till bistånd av socialnämnden för sin försörjning och för sin livsföring i övrigt. Ett avslag på en ansökan om bistånd kan endast meddelas om den enskilde inte har något behov av sökt bistånd eller om det behov som finns kan tillgodoses på annat sätt än genom bistånd. Det saknas alltså andra grunder för att meddela avslag. När det inte stått klart att ett beslut enligt 4 kap. 1 § SoL kunnat verkställas inom en viss tid har det dock i vissa kommuner förekommit att den enskildes ansökan har avslagits. Resursbrist i kommunen har då direkt eller indirekt anförts som den grund på vilken ansökan avslås. Frågan om rätten till boende i en gruppboende har kunnat påverkas av att kommunen inte har haft tillgång till sådan bostad har prövats av Regeringsrätten i rättsfallet RÅ 1988 ref. 40. Regeringsrätten fann att rätten till gruppboende inte kunde påverkas av det förhållandet att kommunen för närvarande inte hade någon gruppboende ledig.

Tanken bakom förfarandet att avslå en ansökan, trots att man bedömer att det finns ett behov av insatsen, är att den enskilde skall få ett avslagsbeslut som han eller hon kan överklaga till allmän förvaltningsdomstol. Genom möjligheten till överklagande anser förespråkarna för detta förfarande att den enskildes rättssäkerhet stärks. Ett beslut från Riksdagens ombudsmän (JO) har påståtts utgöra ett stöd för denna uppfattning (se JO:s beslut den 6 september 2000, dnr 2577-2000). Det har dock visat sig att benägenheten att överklaga hos de enskilda som får ett avslagsbeslut trots ett bedömt behov är liten. Enligt Socialstyrelsen och länsstyrelsernas statistik för år 2001 överklagade endast åtta procent av dem som fått ett sådant avslag på en ansökan om bistånd enligt den då gällande 6 f § socialtjänstlagen (1980:620).

I denna proposition föreslås att en kommun som inte verkställer ett beslut om bistånd inom skälig tid skall åläggas att betala en särskild avgift. Detta innebär att den enskildes rättssäkerhet stärks. Det bör där-  
emot inte komma i fråga att lämna ett avslagsbeslut trots ett bedömt behov med hänvisning till den enskildes rättssäkerhet.

Sammanfattningsvis är det regeringens uppfattning att det inte kan vara förenligt med gällande lagstiftning att avslå ansökningar om bistånd enligt SoL genom att åberopa att ett gynnande beslut inte bedöms kunna verkställas inom rimlig tid, när förutsättningar finns för att meddela ett positivt beslut.

### 8.8.5 Ändringar i bestämmelserna om kommunalt domstolstrots

**Regeringens förslag:** Bestämmelserna om kommunalt domstolstrots i socialtjänstlagen (2001:453) skall ändras för att dessa i tillämpliga delar skall stämma överens med de föreslagna bestämmelserna om särskild avgift vid ej verkställda beslut.

**Utredningens förslag:** Överensstämmer delvis med regeringens. Utredningen föreslog även en bestämmelse om skyndsam handläggning i de allmänna förvaltningsdomstolarna (jfr avsnitt 8.8.3.3). Utredningen föreslog inte någon ändring i 16 kap. 6 b § socialtjänstlagen (2001:453, SoL).

**Remissinstanserna:** Mycket få remissinstanser har haft särskilda kommentarer till förslagen om ändringar i bestämmelserna om kommunalt domstolstrots. *Riksdagens ombudsmän (JO)* är positiv till de redaktionella ändringarna.

**Skälen för regeringens förslag:** Enligt 16 kap. 6 a § SoL skall en kommun, som underlåter att *utan oskäligt dröjsmål* tillhandahålla bistånd enligt 4 kap. 1 § SoL som någon är berättigad till enligt en domstols avgörande, åläggas att betala särskild avgift. Som framgått i avsnitt 8.8.3.1 föreslår regeringen att bestämmelser om sanktionsavgifter skall införas när kommuners gynnande beslut om bistånd enligt 4 kap. 1 § SoL inte verkställs *inom skälig tid*. Regeringen föreslår att motsvarande formulering även skall användas beträffande kommunalt domstolstrots när det gäller avgöranden enligt SoL. Kommuner som inte inom skälig tid tillhandahåller bistånd, som någon är berättigad till enligt en domstols avgörande, skall alltså åläggas att betala en särskild avgift. De föreslagna lagändringarna innebär ingen ändring i sak, utan är endast av redaktionell art.

Som framgått i avsnitt 8.8.3.2 föreslår regeringen en ändring i 16 kap. 6 b § SoL. Syftet med denna ändring är att markera att hela perioden fram till tidpunkten för länsrättens dom bör beaktas vid beräkningen av storleken på sanktionsavgiften, för det fall beslutet inte dessförinnan har verkställts. Den föreslagna ändringen innebär att den nya lydelsen av bestämmelsen blir tillämplig vid beräkningen av sanktionsavgiftens storlek vid kommunalt domstolstrots.

Det kan även förekomma att verkställighet av en domstols avgörande om bistånd enligt 4 kap. 1 § SoL avbryts. För att även dessa fall skall

omfattas av lagstiftningen föreslår regeringen att en särskild avgift även skall åläggas en kommun som inte inom skälig tid på nytt tillhandahåller biståndet efter det att verkställigheten av ett sådant avgörande avbrutits.

I 16 kap. 6 d § SoL föreskrivs att om en kommun efter att ha ålagts att betala särskild avgift fortfarande underlåter att tillhandahålla biståndet, får ny särskild avgift dömas ut. En särskild avgift får dock dömas ut om ansökan har delgetts kommunen inom två år från det att domen om biståndet vunnit laga kraft. Som en konsekvens av regeringens förslag att en särskild avgift skall åläggas kommuner även i de fall verkställigheten av ett gynnande avgörande enligt SoL avbrutits, föreslår regeringen för dessa fall att särskild avgift bara får dömas ut om länsstyrelsens ansökan delgetts kommunen inom två år från det att verkställigheten av domen avbrutits.

## 8.8.6 Övriga överväganden

### 8.8.6.1 Handläggningen av ärenden behöver förbättras

**Regeringens bedömning:** Det är viktigt att den formella handläggningen av ärenden enligt socialtjänstlagen (2001:453) sker på ett korrekt sätt. Återkommande utbildning i förvaltningsrätt för handläggare inom socialtjänsten är en viktig åtgärd för att höja rättssäkerheten för de personer som ansöker om bistånd.

Det är angeläget att länsstyrelserna lämnar kommuner vägledning bl.a. om den formella handläggningen av ärenden. Det är även angeläget att länsstyrelserna, i den omfattning som deras verksamhet tillåter det, utövar tillsyn över denna handläggning.

Det är också viktigt att Socialstyrelsen tillhandahåller allmänna råd om dokumentation.

**Utredningens bedömning:** Överensstämmer med regeringens.

**Remissinstanserna:** En helt övervägande del av remissinstanserna ställer sig bakom utredningens bedömning. Framför allt lyfts behovet av utbildning och allmänna råd från Socialstyrelsen fram. *Socialstyrelsen* anser att det, för att den formella handläggningen skall förbättras, behövs insatser från flera instanser; universitet och högskolor, landsting, kommuner, länsstyrelser och Socialstyrelsen. *Boverket* efterlyser bl.a. mer konkreta åtgärder för att komma till rätta med stora skillnader mellan kommunernas bedömningar och en generellt sett ökad restriktivitet. *Länsstyrelsen i Västerbottens län* m.fl. anser att en lagreglerad handläggningstid bör införas.

**Skälen för regeringens bedömning:** Utredningen har uppgett att den under sitt arbete från olika håll – bl.a. från Socialstyrelsen, länsstyrelser, Handikappombudsmannen, pensionärs- och handikapporganisationer samt kommunanställda – fått information om att det brister i främst kommunernas formella handläggning av ärenden. Det har t.ex. lämnats uppgifter om att handläggningstiden i vissa ärenden är alltför lång. Det har också lämnats uppgifter om att det förekommer att ärenden blir ligande utan att beslut fattas, till dess det finns en möjlighet att tillgodose det behov som en ansökan avser. Först då fattas det ett formellt beslut.

Det uppges även förekomma att enskilda som vänder sig till kommunen och ansöker om bistånd får uppgift om att kommunen inte kan tillhandahålla detta. Kommunen erbjuder i stället den enskilde en annan typ av förmån, t.ex. utökad hemtjänst i avvaktan på en plats i ett särskilt boende. Den enskilde får dock inte något beslut om avslag på sin ansökan och han eller hon berövas därmed möjligheten att överklaga. Att brister i viss omfattning förekommer i kommunernas handläggning har, enligt utredningen, bekräftats av Sveriges Kommuner och Landsting.

För att säkerställa kvaliteten i ärendehandläggningen anser regeringen att det är en viktig uppgift att återkommande utbilda handläggare inom socialtjänsten i förvaltningsrätt. En korrekt ärendehandläggning är även viktig för att säkerställa en jämlik och rättssäker hantering av ansökningar om bistånd från både kvinnor och män. Att utbilda handläggare inom socialtjänsten i förvaltningsrätt är i första hand en uppgift som kommunerna själva ansvarar för. Även länsstyrelserna i egenskap av regional tillsynsmyndighet har dock ett ansvar. Därutöver är det också viktigt att länsstyrelserna bistår kommuner med vägledning bl.a. om den formella handläggningen av ärenden. Det är även angeläget att länsstyrelserna i den omfattning som verksamheten tillåter, utövar tillsyn över kommuners handläggning av ärenden enligt socialtjänstlagen (2001:453, SoL).

Det är viktigt att Socialstyrelsen i egenskap av tillsynsmyndighet tillhandahåller allmänna råd om dokumentation. Socialstyrelsen har i början av mars 2006 publicerat föreskrifter och allmänna råd om dokumentation vid handläggning av ärenden och genomförande av insatser enligt SoL, lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade. Det är också viktigt att Socialstyrelsen tillhandahåller annan vägledning, även materiell sådan, för att försöka åstadkomma en högre kvalitet beträffande själva beslutsfattandet.

#### 8.8.6.2 En bättre samverkan och planering är nödvändig

**Regeringens bedömning:** Det är viktigt att varje kommunledning ser till att samverkan mellan berörda förvaltningar fungerar och att man vid kommunernas övergripande boendeplanering uttryckligen beaktar behoven hos äldre och personer med funktionshinder. Stor vikt bör läggas vid analyser av framtida behov och att kompetens för detta säkras inom socialtjänsten.

Det är mycket viktigt att länsstyrelserna på ett aktivt sätt verkar för att kommunerna planerar för att kunna tillgodose framtida behov.

**Utredningens bedömning:** Överensstämmer i stort med regeringens bedömning.

**Remissinstanserna:** De flesta remissinstanserna instämmer i utredningens bedömning av vikten av samverkan och planering. *Boverket* understryker vikten av att boendet för grupper med särskilda behov integreras med den generella bostadsförsörjningen.

**Skälen för regeringens bedömning:** För att behoven hos äldre och personer med funktionshinder, både kvinnor och män, skall bli tillgodosedda är det mycket viktigt med en fungerande samverkan mellan olika kommunala förvaltningar i frågor som rör boendeplanering. Det är också viktigt att kommunen bedriver en aktiv uppsökande verksamhet i förhållande till äldre och personer med funktionshinder. Den uppsökande verksamheten ger kommunerna ett bättre underlag för sin bostadsplanering. Stor vikt bör också läggas vid analyser av framtida behov och vid att kompetens för detta finns inom socialtjänsten.

Vikten av en fungerande samverkan och planering framkommer i en gemensam rapport från Boverket och Socialstyrelsen som presenterades för regeringen i november 2003. De båda myndigheterna hade regeringens uppdrag att se över och analysera skäl och orsaker till att äldre och personer med funktionshinder i vissa fall inte erbjuds en plats inom de särskilda boendeformerna trots att de har ett konstaterat behov av sådant boende. I den utsträckning som orsakerna är att hänföra till platsbrist skulle orsakerna analyseras närmare.

Länsstyrelserna har, enligt 13 kap. 2 § socialtjänstlagen (2001:453), bl.a. till uppgift att verka för att kommunerna planerar för att kunna tillgodose framtida behov av bistånd i form av hemtjänst samt särskilda boendeformer för äldre och bostäder med särskild service för funktionshindrade. Regeringen vill i detta sammanhang understryka att länsstyrelserna har en viktig uppgift att fylla när det gäller att åstadkomma en bättre planering för att de aktuella behoven skall kunna tillgodoses.

## 9 Utvecklingsområde 5: Förebyggande arbete

**Sammanfattning:** Förebyggande insatser för äldre kvinnor och män kan motverka uppkomsten av skador och ohälsa och därmed medföra stora vinster både för den enskilde och för samhället. Regeringen bedömer att förstärkta resurser behövs för kommunernas förebyggande och hälsofrämjande arbete för äldre. Exempel på insatser som regeringen vill stimulera är förebyggande hembesök samt säkerhetsfrämjande och skadeförebyggande arbete. Anhöriga som hjälper och vårdar närstående utför ett omfattande arbete som i många fall är avgörande för att den äldre skall kunna bo kvar i hemmet. Regeringen har i budgetpropositionen för 2006 avsatt medel för att förstärka kommunernas stöd till dessa anhöriga. Kunskapen om omfattningen av anhörigas insatser är bristfällig. Statistiska centralbyrån kommer därför att inom ramen för utvecklingsplanens genomförande få i uppdrag att samla in uppgifter om anhörigomsorgens omfattning. I denna proposition föreslås att kommunerna ges befogenhet att utan föregående individuell behovsprövning tillhandahålla service-tjänster avsedda att förebygga skador, olycksfall eller ohälsa åt personer som fyllt 67 år. Denna befogenhet inskränker inte kommunernas skyldigheter enligt socialtjänstlagen (2001:453).

Det är aldrig för sent att förbättra hälsan och välbefinnandet genom att ändra delar av sin livsstil. Många studier visar att förändrade levnadsvanor kan ge positiva hälsoeffekter även högt upp i åldrarna. Detta, i kombination med att andelen äldre i befolkningen ökar och att allt fler når riktigt höga åldrar, har lett till ett större intresse för hälsofrämjande och förebyggande insatser riktade till äldre. Sådana insatser kan skjuta upp funktionsnedsättningar och beroende av hjälp. Det har i första hand betydelse för människors välbefinnande och livskvalitet, men även för omfattningen och kostnaderna för vård och omsorg. Hälsofrämjande insatser och förebyggande insatser handlar om flera olika saker. Det handlar om att möjliggöra och stimulera till hälsosamma val. Det handlar också om att förebygga olycksfall, om att stödja anhöriga som gör stora insatser för att hjälpa och vårda någon närstående och om att skapa förutsättningar för ett rikt socialt liv högt upp i åldrarna.

Den positiva hälsoutveckling som skett under 1900-talet kan till stor del tillskrivas ett framgångsrikt folkhälsoarbete. Här kan nämnas förbättringar av den fysiska arbetsmiljön, rökningens tillbakagång och minskningen av olycksfall, särskilt bland barn. I huvudsak är det friska år vi kunnat lägga till livet. Om denna positiva trend fortsätter kommer ökningen av antalet äldre inte att åtföljas av en motsvarande ökning av de förväntade vård- och omsorgsbehoven. Även till synes små årliga hälsoförbättringar, till följd av bl.a. ett framgångsrikt folkhälsoarbete, kan drastiskt reducera den demografiska utvecklingens effekt på vårdbehovet. Äldre människors hälsa och välbefinnande kommer därför att vara av central betydelse för hela samhällets utveckling, inte minst ur samhälls-ekonomisk synpunkt. Det är därför viktigt att personal som arbetar med vård och omsorg om äldre har kunskap om vad som främjar hälsa, t.ex. om betydelsen av kost och fysisk aktivitet.

Det är angeläget att de grupper som är i störst behov av insatser faktiskt nås av hälsofrämjande och förebyggande insatser. Skillnaderna i hälsa och medellivslängd mellan olika grupper är stora och varierar med kön, socioekonomiska och regionala förhållanden. Det är vanligare att kvinnor upplever ohälsa och besvär av långvarig sjukdom. Däremot har männen högre dödlighet i alla åldrar än kvinnor. Fler kvinnor än män har hälsoproblem, fler kvinnor har funktionsnedsättningar och värk. Men ohälsa är inte bara kopplat till ålder och kön utan även till civilstånd, födelseland, utbildningsnivå och, framför allt, inkomst. Inkomstnivån har stor betydelse för vilka effekter åldrandet får. Andelen med svår ohälsa är lägre för de 20 procent rikaste männen i åldern 80–84 år jämfört med männen med de lägsta inkomsterna i åldern 65–69 år. Samma förhållande gäller för kvinnor. Skillnaden i inkomster medför alltså att låginkomsttagare har en högre grad av svår ohälsa än höginkomsttagare, även när denna grupp är 15 år äldre. Enligt regeringens mening visar detta på en skillnad i levnadsvillkor som inte är acceptabel. Men skillnaderna i hälsa och medellivslängd mellan olika socioekonomiska grupper visar även att det går att påverka funktionsnedsättningar och ohälsa. Det finns en betydande potential till förbättringar i hälsoläget. Möjligheterna till utjämning är dock en fråga på lång sikt eftersom hälsoläget för de äldre är så starkt präglad av villkor och levnadsvanor tidigare i livet.

Anhöriga står för en stor och viktig del av omsorgen om våra äldre och långtidssjuka. Det är i stor utsträckning kvinnor som står för omsorgs- och serviceinsatser till någon närstående. Deras insatser har stor betydelse för livskvaliteten hos dem de tar hand om, och är många gånger avgörande för att den äldre skall kunna bo kvar hemma. De flesta anhöriga hjälper och vårdar sina närstående för att de vill göra det. Men det kan ibland bli för tungt både fysiskt, mentalt och socialt. För att underlätta situationen för anhängvårdare och för att förebygga att de drabbas av ohälsa, är det angeläget att de kan få stöd av samhället.

## 9.1 Utveckling av hälsofrämjande och förebyggande insatser

**Regeringens bedömning:** Förebyggande insatser riktade mot äldre kan medföra stora vinster, både hälsomässiga och ekonomiska, för såväl individen som samhället. Regeringen bedömer att det behövs medel till kommunerna för att förstärka deras förebyggande och hälsofrämjande arbete för äldre kvinnor och män. I avsnitt 9.1.1 och 9.1.2 utvecklar regeringen sin bedömning av hur medlen bör användas.

### Skälen för regeringens bedömning

Det finns en stor potential för framgångsrikt förebyggande hälsoarbete bland äldre. Många studier visar goda effekter av förebyggande hälsoarbete under åldrandet. Inte minst kan förändringar i den enskildes livsstil ge goda resultat även bland personer i hög ålder. Flera av de försämringar som ses som normala processer under åldrandet kan i själva verket påverkas och förebyggas. Ohälsosamma matvanor, fysisk inaktivitet och rökning är några av de faktorer som ackumuleras under livet och har negativa effekter på åldrandet. Samhället kan genom olika åtgärder stimulera till livsstilsförändringar, även om det naturligtvis är upp till individen att välja om han eller hon vill förändra sin livsstil.

Hur behoven av äldreomsorg utvecklas är i hög grad beroende av utvecklingen av äldres hälsa och funktionsförmåga. Skillnaden i årlig kostnad för äldreomsorgen år 2030 kan beräknas till mer än 16 miljarder kronor beroende på om man gör antaganden om oförändrad hälsa eller trendmässig hälsoförbättring. Hälsoutvecklingen för de äldre får därmed en avgörande inverkan på möjligheterna att sörja för de äldres behov inom ramen för det nuvarande välfärdssystemet.

Regeringen har två huvudsakliga argument för att verka för förebyggande insatser för äldre människor. Det ena är att förebyggande insatser förbättrar äldre personers välbefinnande och livskvalitet. För den enskilde individen kan det innebära att sjukdom och skador, som kan leda till lidande och beroende, i många fall kan förebyggas eller skjutas upp. Det andra är att förebyggande insatser minskar omfattningen och kostnaderna för vård och omsorg, till följd av att funktionsnedsättningar och beroende skjuts upp. Förebyggande insatser riktade mot äldre kan således medföra stora vinster för både individen och samhället. Med tanke på den ökande andelen äldre i befolkningen framstår det som ett område väl motiverat att satsa på.

Det övergripande målet med förebyggande och hälsofrämjande insatser bör vara att den äldre personen så länge som möjligt skall kunna bibehålla sin hälsa och funktionsförmåga och därigenom sitt oberoende. För att nå detta mål bör insatserna inrikta sig mot flera olika delmål. Regeringen återkommer i 2006 års ekonomiska vårproposition med en bedömning av medelsbehovet.

#### *Goda möjligheter till fysisk aktivitet*

Det finns i dag betydande bevis för att hälsovinster av fysisk aktivitet i stort sett är desamma för äldre personer som för övriga åldersgrupper. Det är aldrig för sent att börja träna. Det finns starka belägg för att fysisk aktivitet, oavsett ålder, leder till förbättringar av syreupptagningsförmåga, muskelstyrka, gångfunktion och balansförmåga. Det gör att onödiga funktionsnedsättning kan bromsas upp. Antalet år utan funktionshinder är fler hos personer som förblir aktiva. Fysisk aktivitet minskar risken för att drabbas av psykisk ohälsa som t.ex. depression. Vissa studier tyder även på att fysisk aktivitet kan skjuta upp insjuknande i demens. Mycket tyder på att kroniska sjukdomar i samband med åldrande till stor del beror på fysisk inaktivitet snarare än på åldrandet i sig. Isolerade och stillasittande äldre löper större risk att råka ut för en fallolycka än mer aktiva äldre. Det finns även ett samband mellan låg fysisk aktivitet och dödlighet. I flera avseenden kan fysisk aktivitet bidra till bättre livskvalitet. I dag kan högst var tredje äldre person antas vara tillräckligt fysiskt aktiv.

#### *Förebyggande åtgärder inom äldreomsorgen för ett gott skydd mot smittspridning*

Äldre personer är särskilt utsatta för risken att smittas av olika sjukdomar eftersom immunförsvaret försvagas när man blir äldre. Konsekvenserna av en relativt mild variant av en smittsam sjukdom kan därför bli omfattande även för en i övrigt frisk äldre person som drabbas och kan resultera i vårdbehov under en längre tid. Arbetet mot smittsamma sjukdomar är därför en viktig del i det förebyggande hälsoarbetet. Betydelsen av ett väl fungerande arbete mot vårdrelaterade sjukdomar inom svensk hälso- och sjukvård har på olika sätt aktualiserats under senare år eftersom dessa utgör en av de vanligaste och allvarligaste komplikationerna, vilket orsakar lidande för individen samt genererar stora kostnader för samhället. Att förebygga vårdrelaterade sjukdomar är därför ett effektivt sätt att både bespara individer lidande och frigöra ekonomiska resurser. Arbetet mot vårdrelaterade sjukdomar är därför en viktig aspekt i fråga om kvalitet och säkerhet inom hälso- och sjukvården och äldreomsorgen.

#### *Goda möjligheter till sociala aktiviteter och meningsfull sysselsättning*

De flesta människor behöver ha goda kontakter med andra och känna sig behövda för att må bra. Att vara socialt aktiv och att ha en meningsfull uppgift har inte bara betydelse för välbefinnandet, utan även för risken



att drabbas av psykisk ohälsa och att utveckla demens. Deltagande i sociala aktiviteter är också relaterat till bättre fysisk funktion och en långsammare försämring av funktionsförmågan. Sociala kontakter är för de allra flesta väldigt viktigt för livskvaliteten.

Äldre kvinnor 65–84 år uppger oftare än män i samma åldersgrupp att de har en nära vän (Äldreberedningen, 1998). Med mindre ork, kanske svårigheter att ta sig ut på egen hand eller att minnas saker och ting, kan kontakten med vänner och familj minska. Det är viktigt att äldre kvinnor och män har möjlighet att upprätthålla sina gamla kontakter och även att skapa nya. De måste kunna välja bland ett utbud av aktiviteter, anpassat efter olika behov, intressen och förutsättningar. Det kan vara aktiviteter i det lokala föreningslivet, vid en lokal träffpunkt eller i form av olika slag av väntjänster att erbjuda eller ta del av. Tillgång till djur kan inom äldre vården stimulera både dem som har kvar sin rörlighet och de mer stillasittande. Insatser som syftar till att stimulera sociala aktiviteter och kontakter är viktiga för alla äldre.

Vikten av att kunna ägna sig åt något som ger mening i livet kan inte betonas tillräckligt. Oavsett vilka aktiviteter det rör sig om – fritids- eller föreningsaktiviteter, familjeliv eller något annat – så hjälper aktiviteterna individen att ta sig igenom svårigheter i livet såsom funktionsnedsättningar eller förlust av make/maka. Det är ett grundläggande mänskligt behov att känna sig behövd, att vara delaktig. Människor som vill engagera sig måste bjudas in av kommuner, föreningsliv och andra aktörer för att få möjlighet att göra något positivt med sitt engagemang. Det gäller inte minst äldre personer.

#### *Bra matvanor*

Kosten är viktig hela livet igenom. Risken för att utveckla flera olika sjukdomar, t.ex. hjärt-kärlsjukdomar, fetma, benskörhet och vissa cancerformer minskar med en varierad och allsidig kost. Även här gäller mottot att det aldrig är för sent och även kostomläggningar som görs sent i livet har positiva hälsoeffekter. Däremot är det relativt få interventioner som kunnat visa bestående kostförändringar hos äldre. Därför kan det vara motiverat att rikta in sig på grupper som löper ökad risk att utveckla sjukdomar vars förlopp går att påverka, exempelvis diabetes, hjärt-kärlsjukdomar eller osteoporos. Vid höga åldrar, när reservkapaciteten inte är så stor, är det snarare viktnedgång och undernäring än det omvända som är avgörande för hälsotillståndet. Dietister är den yrkesgrupp som är experter på nutrition och kostens betydelse. Mot bakgrund av ovanstående finns det goda skäl att låta deras kunskap få större genomslag i vården och omsorgen om äldre.

#### *Lokala centrum för det förebyggande arbetet*

Ansvar för hälsofrämjande och förebyggande arbete ligger hos både kommuner och landsting. Det finns många goda exempel på kommuner som ordnat en lokal för öppna aktiviteter för äldre. Här kan kommuner i samverkan med landstingen och föreningsliv erbjuda aktiviteter för att främja både social och fysisk aktivitet. Regeringen har i budgetproposi-

tionen för år 2006 avsatt cirka 20 miljoner kronor per år, inom ramen för utveckling av anhörigstöd, för att främja samverkan mellan kommuner och frivilliga och ideella krafter, t.ex. vid en väntjänstcentral. Frivilliga insatser kan ha stor betydelse för människors livskvalitet, både för den som utför tjänsten och för den som tar emot den. Detta har beskrivits närmare i avsnitt 7.6.

### *Fysiska aktiviteter för äldre*

Utöver sociala aktiviteter är det viktigt att det finns ett utbud av fysiska aktiviteter som är anpassade till äldres behov och förutsättningar. Fysisk aktivitet på recept (FaR) är ett konkret sätt att arbeta mer förebyggande och effektivt i att nå personer med en stillasittande livsstil. Ett utvecklingsarbete kring FaR pågår inom primärvården i alla landsting. Fysisk aktivitet på recept innebär en för individen anpassad ordination och används till såväl friska som sjuka för att förebygga och behandla vissa sjukdomstillstånd. Det är en helhetslösning som bygger på en fungerande vårdkedja från förskrivare till aktivitetsledare. För att det skall vara framgångsrikt behöver det finnas ett lokalt utbud av aktiviteter och lokala aktörer och organisationer som kan ta emot äldre. Att förlägga sådana aktiviteter och kanske en träningslokal anpassad för äldre i anslutning till den gemensamma lokalen kan vara ett sätt att tillmötesgå behovet. Aktivitetsprogram som är anpassade för äldres behov är också ett sätt att stimulera till ökad fysisk aktivitet. Ideella friluftorganisationer kan med fördel användas för att uppmuntra äldre kvinnor och män att bli mer fysiskt aktiva utomhus, genom ekonomiskt stöd till organisationerna. Att det finns mötesplatser och affärer i närområdet som främjar fysisk aktivitet minskar isolering och stillasittande bland äldre. Närhet till parker med bra gångvägar utan stora höjdskillnader och rikligt med höga parksoffor placerade i olika lägen, gör att även svaga äldre kan komma ut på egen hand, njuta av sol och natur, träffa bekanta och känna samhörighet. Rådgivning om lämplig mat och fysisk aktivitet vid ett förebyggande hembesök är ytterligare ett sätt att främja äldre människors hälsa.

#### **9.1.1 Förebyggande hembesök**

Att förebygga och skjuta upp behov av vård och omsorg är angeläget. Det är även viktigt att hälsofrämjande och förebyggande insatser når de grupper som är i störst behov av insatser. För att nå dem som bäst behöver insatsen kan personliga kontakter vara effektivt, t.ex. i uppsökande verksamhet eller genom att gå via de formella kanalerna (t.ex. distriktsköterska och hemtjänstpersonal) och informella nätverk (t.ex. grannar och vänner). Hälsosamtal vid förebyggande hembesök är ett sätt att arbeta för att förebygga ohälsa, påverka livsstilsfaktorer och riskfaktorer i den äldres omgivning, samt att tidigt upptäcka begynnande sjukdom. Hälsosamtalet handlar om livsstil, riskfaktorer och social situation, utifrån en bred syn på hälsa. Det kan göras i olika former, vid besök på vårdcentralen, när distriktsköterskan är hemma hos hemsjukvårdspatienten eller mer generellt till en viss grupp eller alla äldre.

Förebyggande hembesök är lagstadgat i tre länder, Storbritannien (1990), Danmark (1998) och Australien (1999). I Danmark är kommunerna ålagda att två gånger årligen erbjuda hembesök till alla kommuninvånare som fyllt 75 år. Lagen infördes efter en försöksverksamhet som visade att hembesök och små hjälpinsatser ledde till minskade behov av institutionsvård, och därmed på sikt till minskade kostnader. Även Sverige har bedrivit en försöksverksamhet med förebyggande hembesök. Inom ramen för den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken anslogs 1999 stimulansmedel för ett treårigt försök med uppsökande verksamhet bland äldre. Kommuner och landsting inbjöds att söka bidrag och 21 försöksverksamheter beviljades stimulansmedel för att genomföra förebyggande hembesök. Projekten följdes upp av Socialstyrelsen. Socialstyrelsens slutsats efter försöksverksamheten var att metoden borde utvecklas och att fler kontrollerade studier behövs för att utvärdera de långsiktiga effekterna på både individ- och samhällsnivå. Verksamheten har resulterat i ökad trygghet hos äldre och i att bl.a. vårdbehovet minskar. Det har inneburit att det man investerar i hembesöken sparas in genom minskade sjukvårdskostnader.

Förebyggande hembesök är en viktig metod för att nå ut även till grupper som annars är svåra att nå med information om hälsa och livsstil. Det ger större möjligheter att skapa den trygghet som krävs för att ta upp frågeställningar som den äldre inte tar upp vid besök på vårdcentral. Det kan till exempel gälla hälsoproblem som inkontinens, missbruk, våld i nära relationer eller existentiella frågor. Vid det förebyggande hembesöket kan den enskilde få information om vilka möjligheter som finns i kommunen. Det kan handla om lokala träffpunkter, aktiviteter inom föreningslivet, senorgympa, promenadgrupper, möjligheter att erbjuda eller ta emot väntjänster, osv. Informationen kan även handla om vart man skall vända sig när man börjar få svårt att klara vissa saker själv. En lista med namn och telefonnummer till viktiga funktioner kan vara värdefull för många äldre. Samtalet i hemmet ger också större möjligheter att identifiera risker för fallskador, att se möjligheter till bostadsanpassning och behov av hjälpmedel samt att tala om den äldres läkemedelsanvändning. För anhöriga som vårdar någon närstående och inte redan har kontakt med kommunen, kan det vara ett tillfälle att få information om vilka möjligheter till stöd och avlastning som finns.

I ungefär hälften av de kommuner som deltog i försöket med förebyggande hembesök är verksamheten nu en del i den ordinarie verksamheten. Ett av försöken har varit föremål för en vetenskaplig utvärdering. Resultaten från denna visar att de direkta kostnaderna för de förebyggande hembesöken i huvudsak täcks av minskad efterfrågan på äldreomsorg och hälso- och sjukvård. I ett tjugotal andra kommuner har man startat hembesök efter modell från försöksverksamheten. Ännu fler kommuner är intresserade av att prova modellen, men tvekar på grund av ekonomiska nedskärningar inom äldreomsorgen.

I dag är det endast ett begränsat antal äldre som får förebyggande hembesök. Regeringen anser att förebyggande hembesök hos äldre är en verksamhet som bör fortsätta att utvecklas. De medel som regeringen bedömer behövs för att förstärka kommunernas förebyggande och hälsofrämjande arbete riktat mot äldre kvinnor och män (enligt avsnitt 9.1) är bland annat avsedda att användas till att genomföra förebyggande hem-

besök. För att hembesöken ska göras så effektiva som möjligt bör de utformas enligt befintlig kunskap baserad på genomförda studier och utvärderingar. För att ytterligare fördjupa kunskapen om hur hembesöken bör genomföras och vilka vinster de kan ge både för den enskilde och för samhället bör kontrollerade studier över längre tid genomföras. Därför bör Socialstyrelsen inom ramen för utvecklingsplanens genomförande ges i uppdrag att stödja och följa upp verksamheten med förebyggande hembesök.

### 9.1.2 Förebygga fallolyckor

Fallskador bland äldre är ett stort problem. De vållar mänskligt lidande och medför samtidigt stora samhällskostnader. Över 1 000 äldre personer omkom till följd av ett fall år 2000. Samma år skadades 40 700 så allvarligt i fallolyckor att de lades in på sjukhus för vård i minst ett dygn. Betydligt fler uppsökte en akutmottagning till följd av en fallolycka (Statens räddningsverk, 2003).

Det är svårt att värdera den nedsättning av livskvalitet, allmäntillstånd och välbefinnande som en fallolycka kan leda till. En höftfraktur är en allvarlig skada, som för de flesta leder till minskad rörlighet, isolering och sämre allmänkondition. Även ganska okomplicerade frakturer som underarmsbrott försvårar det dagliga livet och försämrar livskvaliteten för den som drabbas. För den som drabbas handlar en fraktur ofta om skillnaden mellan att kunna klara sig själv och att behöva regelbunden vård och omsorg. En fallolycka kan därmed även få betydande konsekvenser för såväl kommunens hemtjänst som för anhöriga till den drabbade.

Utöver det lidande som fallolyckor leder till för dem som drabbas medför de också stora kostnader för samhället. Statens räddningsverk beräknar att samhällets direkta kostnader för behandling vid fallolyckor som drabbar äldre människor år 2000 uppgick till nästan 4,8 miljarder kronor. Kostnaderna för fallolyckor bland äldre var nästan lika höga som motsvarande kostnader för samtliga, oavsett ålder, som omkom eller skadades i trafikolyckor år 2000. Kommuner och landsting bar nästan hela den direkta kostnaden, 49 procent vardera, för fallolyckorna. Statens räddningsverk räknar dessutom med att kostnaderna kommer att öka kraftigt under de närmaste årtiondena. Antalet personer över 65 år som vårdas inom slutenvården till följd av fallolyckor beräknas öka med 65 procent från år 2000 till år 2035, från 40 700 till 67 000.

De stora skillnaderna mellan olika län och kommuner har inte någon enkel förklaring. Bland män som är 65 år och äldre varierar skadenivån från 13,4 till 35,7 per 1 000 män i olika kommuner. Bland kvinnor är skadenivån i allmänhet högre, men variationen är ändå betydande – från 19,2 till 49,5 per 1 000 kvinnor i olika kommuner. Många av de miljöer där skador uppkommer är kommunens ansvar. En tänkbar förklaring till delar av skillnaderna är att kommunerna är olika framgångsrika i arbetet med att förebygga olycksfall. För att hjälpa till att vända utvecklingen satsar Sveriges Kommuner och Landsting tillsammans med Statens räddningsverk på en serie konferenser under våren 2006, riktade till

kommuner och landsting. Syftet är att genom goda exempel visa hur man kan förebygga och reducera antalet fallskador med upp till 50 procent.

Regeringen anser att det är angeläget att kommuner och landsting bedriver ett säkerhetsfrämjande och skadeförebyggande arbete bland äldre kvinnor och män. Därför bedömer regeringen att det behövs förstärkta resurser för det förebyggande arbetet i kommunerna (enligt avsnitt 9.1). Nivån på det säkerhetsfrämjande och olycksförebyggande arbetet bland äldre bör höjas. Fallskador kan förebyggas genom systematiskt arbete och genom samverkan mellan olika aktörer. Många skadeförebyggande insatser bygger på ett förändrat synsätt. Det handlar i stor utsträckning om att göra människor, både äldre och yrkesverksamma, uppmärksamma på skaderisker så att de därefter kan vidta åtgärder. Orsaken till fallolyckorna finns både hos individen och i omgivningen. Säkerhetsfrämjande arbete för att minska antalet fallolyckor och lindra deras konsekvenser bland äldre kan därför genomföras på olika sätt. Eftersom kvinnor drabbas av skador oftare än män är det också viktigt att analysera orsakerna bakom detta samt att vidta åtgärder som tar hänsyn till dessa könsskillnader.

Den fysiska hälsan har stor betydelse för risken att råka ut för en fallolycka. Att genomföra program som syftar till att förbättra hälsan kan därför vara lönsamt ur ett samhällsekonomiskt perspektiv såväl som ur ett hälsoperspektiv. Äldre människor som genomför exempelvis balansträning minskar risken för att råka ut för en fallolycka med 25 procent. Enligt Statens räddningsverks beräkningar går det att genomföra kommunala preventionsprogram med goda samhällsekonomiska effekter. Ett sådant program kan syfta till ökad styrka, balans och rörelsebetende och rikta sig till en viss grupp av äldre, till exempel personer i särskilda boenden. Statens räddningsverk håller, i samarbete med Socialstyrelsen, på att utarbeta en metodhandbok i systematiskt säkerhetsarbete i kommunerna. Handboken riktar sig till dem som på olika nivåer har ansvar för vård och omsorg om äldre. Den beräknas bli klar i början av år 2007. Centrum för risk och säkerhetsutbildning vid Statens räddningsverk genomför utbildningar i äldres säkerhet riktade till kommuner som beviljats medel från Kompetensstegen.

Förebyggande hembesök är ett bra tillfälle att diskutera och reducera riskmoment i bostaden. Två tredjedelar av de äldre skadas inomhus och därför är det viktigt att minimera riskerna både i det ordinarie hemmet och i särskilda boenden. Skadeförebyggande åtgärder i hemmet är ofta enkla och kan utföras av den äldre själv. Distriktssköterskor och vårdbiträden har en viktig roll i att öka säkerheten i hemmet. Den tid detta tar kan visa sig vara en mycket lönsam investering. De vanligaste riskerna kan elimineras genom en säkerhetsrond i hemmet där man exempelvis lägger in halkfria mattor, tar undan lösa sladdar och sätter in god belysning. Bidragande orsaker till fall kan också vara sjukdomstillstånd och biverkningar av medicin. Ett skört skelett och svaga muskler i kombination med lugnande mediciner och ett halt golv är vanliga samverkande orsaker. Det finns anledning att gå igenom läkemedelsförskrivningen för äldre eftersom sömnmedel och lugnande medel har kunnat knytas till förekomst av höftledsfrakturer. Att i en kommun erbjuda höftskydd till alla äldre personer som är i riskzonen för att råka ut för en höftfraktur är ett exempel på hur man kan lindra konsekvenserna av en fallolycka. Det

## 9.2 Servicetjänster åt äldre

### 9.2.1 Hjälptjänster i hemmet enligt socialtjänstlagen

Kommunernas ansvar för äldreomsorg regleras i socialtjänstlagen (2001:453, SoL). Av 3 kap. 6 § SoL framgår att socialnämnden genom hemtjänst, dagverksamheter och annan liknande socialtjänst bör underlätta för den enskilde att bo hemma och ha kontakt med andra. Av 5 kap. 5 § SoL följer att äldre människor skall ges det stöd och den hjälp i hemmet samt annan lättåtkomlig service som de behöver. Begreppet hemtjänst omfattar såväl insatser i ordinärt boende som i särskilt boende. Den enskilde kan med stöd av 4 kap. 1 § första stycket SoL ha rätt till bistånd i form av hemtjänst eller bostad i särskilt boende. En grundläggande förutsättning för detta är att den enskilde inte själv kan tillgodose sina behov samt att denne inte heller kan få behoven tillgodosedda på annat sätt. Av 4 kap. 1 § andra stycket SoL följer att den enskilde genom biståndet skall tillförsäkras en skälig levnadsnivå.

Begreppet hemtjänst är inte definierat i lagtexten. Av tidigare propositioner och betänkanden framgår det vilka typer av insatser som skall ingå i hemtjänsten (prop. 1997/98:113, prop. 1996/97:124, bet. 1996/97:SoU18, jfr även prop. 1992/93:129). Hemtjänst innefattar dels uppgifter av servicekaraktär, dels uppgifter som är mer inriktade mot personlig omvårdnad. Med serviceuppgifter avses bl.a. praktisk hjälp med hemmets skötsel, såsom städning och tvätt, hjälp med inköp, ärenden på post- och bankkontor och hjälp med tillredning av måltider samt distribution av färdiglagad mat. Med personlig omvårdnad avses de insatser som därutöver behövs för att tillgodose fysiska, psykiska och sociala behov. Det kan handla om hjälp för att kunna äta och dricka, klä och förflytta sig, sköta personlig hygien och i övrigt insatser som behövs för att bryta isolering eller för att den enskilde skall känna sig trygg och säker i det egna hemmet.

Hemtjänst utgår som bistånd med stöd av 4 kap. 1 § SoL. Kommunen har även med stöd av 4 kap. 2 § SoL befogenhet att ge bistånd utöver vad som följer av 4 kap. 1 § SoL om det finns skäl till det. Varje hemtjänstinsats är att betrakta som bistånd enligt antingen 4 kap. 1 § eller 4 kap. 2 § SoL.

#### *Andra bestämmelser om äldre i socialtjänstlagen*

I 5 kap. 4–6 §§ SoL finns generella regler om socialtjänstens skyldigheter gentemot äldre. Socialnämnden skall bland annat verka för att äldre människor får möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull gemenskap med andra. Vidare skall nämnden verka för att äldre människor får goda bostäder och ge dem som behöver det stöd och hjälp i hemmet och annan lättåtkomlig service. Kommunen skall göra sig väl förtrogen med levnadsförhållandena i kommunen för äldre människor samt i sin uppsökande verksamhet

upplysa om socialtjänstens verksamhet på detta område. Kommunen skall planera sina insatser för äldre. Kommunen har alltså en skyldighet att i betydande utsträckning inrätta socialtjänstens verksamhet så att den ger äldre människor möjlighet till att bo och leva självständigt. Äldres behov kräver dock insatser av olika slag. Dessa insatser kan vara av generell slag och rikta sig till alla äldre. När det gäller stöd och hjälp i hemmet och annan lättåtkomlig service är, som framgår av 5 kap. 5 § första stycket SoL, kravet att insatserna ska riktas mot den som behöver stöd och hjälp.

### 9.2.2 Kommunallagen

1 kap. 1 § kommunallagen (1991:900, KL) innehåller bestämmelser om att Sverige är indelat i kommuner och landsting samt att dessa på den kommunala självstyrelsens grund sköter de angelägenheter som anges i kommunallagen eller i särskilda föreskrifter. Första kapitlet innehåller utöver bestämmelserna om indelningen i kommuner och landsting även en bestämmelse om kommunmedlemskap. Andra kapitlet innehåller bestämmelser om kommunernas och landstingens befogenheter.

#### *Principer för kompetensbestämning*

Som grundprinciper för kommunernas kompetens gäller lokaliseringsprincipen, likställighetsprincipen och självkostnadsprincipen.

Enligt den allmänna kompetensregeln i 2 kap. 1 § KL får kommuner och landsting själva ta hand om sådana angelägenheter av allmänt intresse som har anknytning till kommunens eller landstingets område eller deras medlemmar och som inte skall handhas enbart av staten, en annan kommun, ett annat landsting eller någon annan. Denna allmänna kompetens ger inte en befogenhet för kommuner att ge stöd åt enskilda utan individuell behovsprövning.

Enligt 2 kap. 2 § KL skall kommuner och landsting behandla sina medlemmar lika, om det inte finns sakliga skäl för något annat. Likställighetsprincipen innebär att det inte utan stöd av speciallag är tillåtet för kommuner och landsting att särbehandla kommunmedlemmar eller grupper av kommunmedlemmar på annat än objektiv grund. Likställighetsprincipen gäller bara gentemot kommunens eller landstingets egna medlemmar.

Självkostnadsprincipen kommer till uttryck i 8 kap. 3 c § KL, där det föreskrivs att kommuner och landsting inte får ta ut högre avgifter än som svarar mot kostnaderna för de tjänster eller nyttigheter som kommunen eller landstinget tillhandahåller.

#### *Förbud mot att ge understöd till enskilda*

Kommuner kan inte ge understöd till enskilda utan stöd i lag. I 4 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453, SoL) finns såväl en möjlighet som skyldighet för kommuner att under vissa förutsättningar ge bistånd till bland annat äldre. Med stöd av 4 kap. 2 § kan en kommun ge bistånd till enskilda personer även i de fall dessa inte har rätt härtill enligt 4 kap. 1 §

SoL. För att kunna ge bistånd till enskilda utöver vad den enskilde har rätt till krävs att det ska finnas ”skäl för det”. Tillämpningen av såväl 4 kap. 1 § som 4 kap. 2 § SoL förutsätter dock att det finns ett behov hos den enskilde som behöver tillgodoses. Att med stöd av 4 kap. 2 § SoL ge alla enskilda, t.ex. över en viss ålder, stöd och hjälp utan behovsprövning är därför inte möjligt.

Frågan om huruvida det ingår i den kommunala kompetensen att ge ekonomisk hjälp till barnfamiljer utan individuell behovsprövning har prövats av Regeringsrätten (RÅ 1991 ref. 61). Socialtjänstlagen gav inget stöd för generella ekonomiska bidrag och kommunens beslut upphävdes av domstolen som befogenhetsöverskridande. Detta avgörande visar att det krävs särskilt lagstöd för att ge bistånd till enskilda utan individuell biståndsbedömning.

Frågan om hemtjänst utan biståndsbedömning har prövats av Länsrätten i Örebro (dom den 19 mars 2001 i mål nr 966-00). I detta mål upphävdes kommunstyrelsens beslut eftersom verksamheten föll utanför socialtjänstlagen samt att det inte heller fanns någon annan lag som kunde ge stöd för kommunen att ge hemservice generellt utan föregående behovsprövning. Beslutet överskred därför den kommunala kompetensen. Avgörandet visar att det, även när insatsen inte är av ekonomisk natur utan i form av hemtjänst, krävs särskilt lagstöd för att ge stöd till enskilda utan individuell biståndsbedömning.

### 9.2.3 Speciallagar om befogenheter

Det finns ett antal speciallagar som ger kommuner befogenhet att handla utanför den kommunala kompetensen eller som ger förtydligande av vad som är kommunernas kompetens när det råder tveksamhet om den kommunala befogenheten. Exempel på sådan lagstiftning är lagen (1968:131) om vissa kommunala befogenheter inom turistväsendet som möjliggör för kommuner att vidtaga åtgärder för uppförande och drift av turistanläggningar i den mån det är påkallat för att främja turistväsendet inom kommunen och lagen (1970:663) om vissa kommunala befogenheter i fråga om sysselsättning för handikappade som ger kommuner befogenhet att – under vissa givna förutsättningar – driva affärsverksamhet i syfte att bereda arbetsanställning åt handikappade. Andra speciallagar om kommunal befogenhet är exempelvis lagen (1993:406) om kommunalt stöd till boendet, lagen (2002:683) om rätt för kommun att ge stöd till åtgärder i lokala investeringsprogram som ökar den ekologiska hållbarheten i samhället och lagen (2004:1225) om vissa kommunala befogenheter i fråga om sjuktransporter. Gemensamt för dessa lagar är att de inte ålägger kommuner att handla på ett visst sätt utan endast ger dem en möjlighet till detta.

### 9.2.4 Pågående verksamheter med servicetjänster åt äldre

Sedan slutet av 1980-talet har det bedrivits projekt i kommuner med service till äldre utan biståndsprövning. I betänkandet Äldrepolitik för framtiden. 100 steg till trygghet och utveckling med en åldrande befolkning (SOU 2003:91), bilagedel D redovisas verksamhet med service åt



äldre i sex kommuner; Linköping, Helsingborg, Motala, Mark, Malmö och Västerås.

I kommunerna har denna form av servicetjänster i hemmet olika benämningar, såsom boservice, fixartjänster, Fixar-Malte (bl.a. Höganäs, Skövde och Sundbyberg och Fixar-Lisa (Sjöbo) samt ”En Martin Timell åt pensionärerna” (Farsta stadsdelsnämnd i Stockholm). I regel avser de olika systemen för service enbart personer över en viss ålder och i ordinarie boende. Åldrarna varierar från personer över 65 år till över 80 år. Innehållet i servicen varierar från kommun till kommun. Gemensamt för de olika formerna av boservice är att de avser tjänster i den enskildes eget hem relaterade till hans eller hennes boende. Antalet timmar då enskilda kan få boservice varierar från kommun till kommun. Även avgifternas storlek varierar och möjligheterna för de enskilda att få avgifterna nedsatta är olika. I flera kommuner är tjänsterna avgiftsfria. I vissa fall tar kommunen hänsyn till de regler om avgifter för hemtjänst som följer av 8 kap. 3–9 §§ SoL. I andra fall beräknas avgifterna utan att bestämmelserna om avgiftsunderlag, högkostnadsskydd och förbehållsbelopp iakttas.

De kommuner som har infört eller planerar att införa service utan behovsprövning framför några motiv som är gemensamma. De skäl som kommunerna framför är bl.a. följande.

- Servicetjänster kan ha en förebyggande effekt och påverka hälsa och funktionsförmåga.
- De flesta äldre över en viss ålder behöver hjälp med vissa serviceinsatser.
- Ansökningar om bistånd i form av serviceinsatser beviljas nästan alltid.
- Kommunen gör administrativa vinster genom det minskade antalet behovsbedömningar.
- Den äldre kan uppfatta det som enklare och mindre besvärande att behovet inte behöver utredas.

Det finns inga systematiska uppföljningar och utvärderingar av de lokala försöken vilket medför att det inte finns några säkra uppgifter som beskriver utfall samt konsekvenser och effekter på lokal nivå. Ett pilotprojekt i Örebro har dokumenterats av Svenska Kommunalarbetsförbundet i två rapporter (2001a och 2001b). Där beskrivs bl.a. att ”kunden” i de flesta fall var en ensamstående kvinna med någon form av funktionsnedsättning som begränsade rörligheten. Några hade även hemtjänst men ville komplettera med den subventionerade hemservicen då hemtjänsten inte utförde alla sorters sysslor.

**Regeringens förslag:** Kommunerna skall genom lag få befogenhet att utan föregående individuell behovsprövning tillhandahålla servicetjänster som är avsedda att förebygga skador, olycksfall eller ohälsa åt personer som fyllt 67 år. I lagen skall det tas in en bestämmelse om att den eller de nämnder som avses i 2 kap. 4 § första stycket socialtjänstlagen (2001:453) skall ha hand om verksamheten. Den nya lagen inskränker inte kommunernas skyldigheter enligt socialtjänstlagen.

**Promemorians förslag:** Överensstämmer i huvudsak med regeringens förslag. I promemorian benämndes dock servicetjänsterna i stället hushållsnära tjänster och de föreslogs inte begränsas till tjänster av förebyggande art. Någon fast nedre åldersgräns föreslogs inte. I promemorian behandlades inte frågan om behörig nämnd.

**Remissinstanserna:** De flesta remissinstanser är positiva till att möjligheten för äldre att få tillgång till servicetjänster förbättras. Som motiv för detta framhåller framför allt kommuner att förslaget skulle leda till ökad trygghet och säkerhet för äldre, samt till förstärkt självbestämmande och integritet för den enskilde. Några framhåller även att förslaget kan öppna upp en ny marknad och därigenom främja företagande inom sektorn. Flera remissinstanser framhåller dock att det finns kvarstående problem som behöver lösas innan den föreslagna lagen träder i kraft, t.ex. frågan om servicetjänster är mervärdesskattepliktiga. Ytterligare analyser och klargöranden efterfrågas t.ex. vad avser vilka effekter lagen kan få för konkurrensen på marknaden, hur avgifterna skall förhålla sig till maxtaxa, högkostnadsskydd och förbehållsbelopp, hur gränsdragningen gentemot insatser enligt socialtjänstlagen (2001:453, SoL) skall göras samt vilka regler som skall gälla för upphandling av servicetjänster. En del remissinstanser anför att den föreslagna lagen medför risk för att kommunerna i stället för att ge bistånd enligt SoL hänvisar till möjligheten att köpa servicetjänster och att det vid utebliven biståndsprövning finns risk för att människors behov inte uppmärksammas i tid. Att servicen riskerar att bli olika över landet och att avgifterna kan variera mellan kommunerna påtalas också. Några remissinstanser anser att det är lämpligt att i lagen uttryckligen ange vilken ålder som skall vara den lägsta för dem som omfattas av den. *Sveriges Kommuner och Landsting* understryker vikten av att systemet tillåter valfrihet. *Nutek* anser att förslaget borde kunna öppna för fler företag att utföra hushållsnära tjänster på entreprenad eller i kundvalssystem åt kommunerna. *Nutek* anser också att hushållsnära tjänster borde lämpa sig väl för alternativ drift i t.ex. sociala och andra mindre företag och poängterar att det är viktigt att se att äldre människor kan, om kommunen väljer entreprenad, bli en ny kundgrupp för företagen i branschen. Vidare betonar *Nutek* vikten av att kommunen, när den väljer att lägga utförandet av tjänsterna på entreprenad, tänker över kriterierna vid upphandlingen så att även de mindre företagen kan vara med och konkurrera om uppdragen. Kommunen kan använda sig av sociala kriterier i upphandlingen av hushållsnära tjänster för att stimulera utvecklingen av sociala företag och få dubbla värden eftersom de sociala företagen också erbjuder arbetstillfällen och arbets-

träning för arbetslösa långtidssjuka och eventuellt personer med funktionshinder i kommunen. *Kommerskollegium* påpekar att förslaget, genom upphävande av kravet på behovsprövning, rent allmänt minskar utrymmet för konkurrens, vilket i förlängningen är negativt även för den inre marknads funktionssätt. Från statsstödssynpunkt framför *Kommerskollegium* att Europeiska kommissionen fastslagit att en rättslig form för näringsidkare som utesluter konkurs kan utgöra en olaglig fördel i strid med statsstödsreglerna. *Nämnden för offentlig upphandling (NOU)* anser att frågan om hur kundvalssystem skall kombineras med ramavtal bör belysas innan lagstiftningen träder i kraft. *Almega* anser att förslaget kan bli en öppning för många av dess medlemsföretag och medföra en välfärdsökning för de äldre. Marknaden för omsorgstjänster riktade mot äldre kommer att bli än mer betydande i framtiden och det är därför viktigt att en mångfald av aktörer får vara delaktiga i denna utveckling. *Almega* ställer sig dock i princip avvisande till att utvidga den kommunala kompetensen på konkurrensutsatta områden och ser en betydande risk för att de privata företagen trängs undan av offentliga aktörer, men även en möjlighet för den privata sektorn att bistå kommunerna med äldreomsorgstjänster. *Konkurrensverket*, *Svenskt näringsliv*, *Företagarna* och *Statskontoret* avstyrker förslaget och anser att det behöver utredas ytterligare. *Konkurrensverket* anför oro över att förslaget kan minska omfattningen av biståndsbedömda insatser enligt SoL, att tjänsteområdet är under utveckling och har behov av klara spelregler för att på sikt utveckla sig mot en väl fungerande konkurrensmarknad, att tjänsterna kan utvecklas mot en ”gråzonsmarknad” med både subventionerad och icke subventionerad verksamhet med oförutsebara priser som följd, att förslaget kan medföra ett kommunalt monopol på det aktuella området och att kommunala subventioner kan snedvrída konkurrensen. *Svenskt näringsliv* anför vikten av att upphöra med näringsverksamhet i offentlig regi. *Företagarna* efterlyser en analys av förslagets effekter för små företag och påpekar att förslaget kan påverka den framtida respekten för kommunallagen (1991:900) eftersom det signalerar att brott mot kommunallagen inte beivras. *Statskontoret* anför att förslaget riskerar att skapa problem med rättssäkerheten och att eventuella problem med en icke ändamålsenlig behovsbedömningsprocess bör lösas inom ramen för SoL. Förslaget kan skapa osäkerhet hos de äldre kring vilken rätt till bistånd de har och medföra negativa konsekvenser för konkurrenssituationen.

### Skälen för regeringens förslag

#### *Värdet för äldre av att servicetjänster tillhandahålls*

Den samlade erfarenheten av verksamheten att tillhandahålla viss generell service till äldre är god, både för de äldre och för kommunerna. Att ge en god omsorg åt de äldre i kommunen är ett allmänt intresse som har anknytning till kommunen och som inte enbart skall hanteras av staten eller av någon annan än kommunen. Servicetjänster har ofta stor betydelse för de enskildas fysiska och psykiska välbefinnande. Uppgifter som för en frisk, yngre person utan funktionshinder ter sig som vardagliga och enkla, t.ex. att byta en glödlampa, kan för en äldre, skör person leda

till fallolyckor som förorsakar lidande för den enskilde och medför ökade kostnader för hälso- och sjukvården. Att kunna t.ex. få sällskap på en promenad betyder mycket för både det psykiska och fysiska välbefinnandet för den som känner sig ensam, isolerad eller otrygg och därför inte vill gå ut utan sällskap. I många fall förebygger sådana tjänster att en enskilds fysiska eller psykiska förmåga försämras och möjliggör för den äldre att t.ex. kunna bo kvar i hemmet under en längre tid än vad som annars varit möjligt. Enligt regeringens mening är det särskilt angeläget att kommunerna har laglig möjlighet att på ett enkelt sätt, utan föregående behovsprövning, tillhandahålla servicetjänster för att förebygga skador, olyckor och ohälsa.

### *Bistånd eller servicetjänst*

Även om kommunen väljer att erbjuda servicetjänster till äldre inskränker det inte kommunens skyldighet att tillhandahålla hemtjänst enligt 4 kap. 1 § SoL. Vid en prövning enligt SoL kan det inte anses att behovet är tillgodosett genom att kommunen erbjuder servicetjänster. Den enskilde har därför alltid rätt att få en ansökan om hemtjänst prövad som en biståndsansökan.

Många kommuner har interna riktlinjer som anger vad som ingår i hemtjänsten. Dessa riktlinjer kan innehålla bestämmelser om hur ofta städning utförs och huruvida vissa insatser överhuvudtaget utförs inom ramen för hemtjänsten. Kommunala riktlinjer åsidosätter inte lag. En kommun kan därför inte heller avstå från att göra en biståndsbedömning eller fatta ett beslut om bistånd på grund av att en viss insats enligt kommunens interna riktlinjer inte ges som hemtjänstinsats utan endast som servicetjänst. Sökanden har alltid rätt att få sin ansökan prövad i enlighet med SoL:s biståndsbestämmelse. Anser kommunen att den enskilde inte har rätt till bistånd skall ett formellt avslagsbeslut fattas och överklagandehänvisning ges.

Flera remissinstanser har framfört oro över att det faktum att servicetjänster inte föregås av en biståndsbedömning kan leda till att de enskildas helhetsbehov inte tillgodoses. Eftersom någon utredning med t.ex. hembesök inte behöver göras innan den enskilde tar del av servicetjänsterna riskerar de enskilda att socialnämnden inte får vetskap om deras egentliga behov av insatser. En enskild har dock alltid rätt att få sitt behov av bistånd prövat enligt SoL och därmed också att en utredning görs av vilka behov han eller hon har. Den enskilde har möjlighet att själv påtala att han eller hon vill ha en prövning enligt SoL. Om det på något sätt framkommer för socialnämnden att den enskilde kan ha rätt till insatser enligt SoL i stället för som en servicetjänst bör en handläggare närmare efterhöra med den enskilde om dennes behov och önskemål om insatser och informera om möjligheten att få en prövning enligt SoL och vad det innebär. Även i samband med att kommunen lämnar information om de servicetjänster som tillhandahålls, och när den enskilde tar del av dem, bör kommunen upplysa om att han eller hon under vissa förutsättningar har rätt till insatser enligt SoL. Detta kan ske genom en enkel muntlig eller skriftlig upplysning.

I sammanhanget kan också påpekas vikten av väl fungerande, förebyggande hembesök för att i så tidigt skede som möjligt kunna upptäcka ett behov och se till att detta tillgodoses fullt ut.

En ansökan om bistånd enligt SoL kan inte avslås med motiveringen att behovet kan tillgodoses genom köp av servicetjänster åt äldre. Den enskildes ekonomiska ställning får i stället beaktas inom ramen för avgiftsuttaget enligt SoL i de fall bistånd beviljas.

### *Behörig nämnd*

Servicetjänster åt äldre är ett område som ligger nära, och kompletterar, kommunernas verksamhet enligt SoL. Samma nämnd eller nämnder som enligt 2 kap. 4 § SoL skall handha verksamhet enligt SoL skall därför handha även verksamheten enligt den nu föreslagna lagen. Därigenom minskar risken för att enskilda t.ex. inte upplyses om sina rättigheter enligt SoL eller att deras totala hjälpbehov inte uppmärksammas.

### *Servicetjänster*

Med servicetjänster avses en rad olika tjänster. Det är inte möjligt att exakt ange vad som kan utgöra servicetjänster. Det skall dock vara fråga om tjänster eller uppgifter som en yngre, frisk person utan funktionshinder normalt kan utföra själv, exempelvis byta glödlampor eller göra tunga lyft. I de fall servicetjänsterna kan antas förebygga skador, olycksfall eller ohälsa, även genom att på ett påtagligt sätt bidra till den enskildes psykiska eller fysiska välbefinnande, bör kommunerna beredas möjlighet att erbjuda dem som servicetjänster åt äldre. Vid bedömningen av om en viss servicetjänst kan antas förebygga skador, olycksfall eller ohälsa kan de framtida vård- och omsorgsbehov som kan antas uppstå om servicetjänsten inte tillhandahålls beaktas. Tjänster som normalt sett även yngre personer behöver anlita hjälp för avses inte omfattas av begreppet servicetjänst.

### *Ålder*

I de verksamheter som i dag bedrivs i olika kommuner varierar åldrarna från 65 år och uppåt. Det nya pensionssystemet erbjuder en flexibel pensionsålder med en rätt att kvarstå på arbetsmarknaden till 67 år. Personer upp till 67 års ålder bör normalt inte heller ha svårt att själva utföra de sysslor som omfattas av begreppet servicetjänster. Regeringen anser därför att kommunernas möjligheter att tillhandahålla servicetjänster åt äldre bör omfatta personer som fyllt 67 år, men kommunen beslutar vilken åldersgrupp bland dessa som skall omfattas av en viss tjänst. Den föreslagna lagen hindrar inte att olika servicetjänster erbjuds olika åldersgrupper i kommunen. Exempelvis kan fallförebyggande servicetjänster (montering av halkskydd, byte av glödlampor och liknande) erbjudas alla över 67 år medan städning erbjuds alla över 75 år.

Den kommun som väljer att tillhandahålla servicetjänster åt äldre skall beakta likställighetsprincipen. Det innebär att alla kommuninvånare över en viss ålder skall kunna få servicetjänster utförda på samma villkor oavsett var i kommunen personen är bosatt. Det är således inte möjligt för vissa kommun- eller stadsdelar inom en kommun att erbjuda servicetjänster utan föregående biståndsprövning om inte alla kommun- eller stadsdelar erbjuder den servicen.

*Utförare av tjänsten*

Hemtjänst bedrivs i dag såväl av kommuner i egen regi som i privat regi. Även när det gäller servicetjänster utan biståndsbedömning bör kommunen kunna välja mellan att utföra dem i egen regi eller att anlita någon annan. Den senare lösningen förutsätter att kommunen tillämpar bestämmelserna i lagen (1992:1528) om offentlig upphandling (LOU).

LOU reglerar i princip uttömmande den offentliga upphandlingen. Det innebär att för det fall en kommun vill låta någon annan än kommunen utföra servicetjänster åt äldre skall tjänsterna upphandlas enligt reglerna i LOU. Enligt 1 kap. 4 § LOU skall upphandlingen göras med utnyttjande av de konkurrensmöjligheter som finns och även i övrigt genomföras affärsmässigt.

Social service i form av personliga omsorgstjänster, socialt stöd och sällskap samt tvätt och matlagning som utförs i hemmet tillhör den tjänstekategori som i LOU benämns "Hälso- och sjukvård samt socialtjänst" (bilaga till LOU, avd. B). Andra servicetjänster såsom städning, fönsterputsning och enklare underhållsarbeten tillhör tjänstekategorier som anges i avdelning A. Vid upphandling av servicetjänster styrs upphandlingsformen av en kombination av vilken eller vilka kategorier tjänster som upphandlingen avser samt av upphandlingens värde. Upphandlingar av servicetjänster ska ske enligt bestämmelserna i 6 kap. LOU om det totala värdet av ingående A-tjänster bedöms vara lägre än det totala värdet av ingående B-tjänster. Om värdet av ingående A-tjänster bedöms vara lägre än värdet av ingående B-tjänster och det totala värdet bedöms överstiga ett värde som f.n. är 1 826 000 kronor (träskelvärde) ska upphandlingen ske enligt bestämmelserna i 5 kap. LOU. En upphandling av servicetjänster kan syfta antingen till ramavtal med en leverantör för ett specifikt uppdrag – t.ex. inom ett visst geografiskt område – eller till ramavtal med flera leverantörer för avrop. För avrop från ramavtal med flera leverantörer skall det finnas en fastställd ordning som är baserad på den rangordning av leverantörer som skett vid anbudsutvärderingen eller på någon annan fördelning som förutskickats i förfrågningsunderlaget till ramavtalsupphandlingen.

Frågan om kundval och upphandling behandlades av den statliga Upphandlingskommittén. I sitt slutbetänkande Mera värde för pengarna (SOU 2001:31) konstaterade kommittén att kundvalssystem inte passar in i upphandlingslagstiftningens normsystem. Denna fråga borde därför utredas i särskild ordning. I propositionen Ändringar i lagen om offentlig upphandling m.m. (prop. 2001/02:142) anförde regeringen att den delade

### *Valfrihet för kommunen*

Kommunerna är själva bäst lämpade att avgöra vilka slag av tjänster som bör tillhandahållas på orten, från vilken ålder (67 år eller högre) tjänsterna skall erbjudas åt enskilda och hur tjänsterna skall tillhandahållas. För att inte hindra kommunerna att finna de lösningar som är effektivast och fungerar bäst i den egna kommunen bör det inte närmare regleras t.ex. i vilken omfattning, när, hur eller till vem tjänsterna skall tillhandahållas eller på vilket sätt kommunen skall tillhandahålla dem.

### *Konkurrensfrågor m.m.*

Förslaget innehåller inte några ställningstaganden beträffande hur den kommun som vill tillhandahålla servicetjänster skall göra detta. Det kan således ske såväl genom att kommunen upphandlar tjänsten från företag, som att den utförs i kommunens egen regi. Detta i likhet med vad som redan i dag gäller beträffande t.ex. hemtjänst och särskilt boende. Förslaget innehåller inte heller några ställningstaganden till om avgifter skall tas ut eller i så fall med vilka belopp.

Vilka servicetjänster en kommun väljer att tillhandahålla åt äldre, på vilket sätt detta sker och vilka avgifter som tas ut är av betydelse för företagen. Tjänstesektorn är en viktig marknad och det finns i dag en del företag som tillhandahåller tjänster som avses med begreppet servicetjänster. Trots att de kommuner som väljer att utföra servicetjänster åt äldre i egen regi kan komma att delvis konkurrera med privata företag torde denna konkurrens inte beröra de privata företagens viktigaste kundgrupper. För de kommuner som väljer att anlita entreprenörer kommer konkurrenssituationen för de privata företagen inte att förändras på annat sätt än att de får delta i kommunernas anbudsförfaranden. I kommuner som väljer att anlita entreprenörer och dessutom subventionerar tjänsterna kan efterfrågan på tjänster dessutom förväntas att öka, eller rentav skapa en till största delen ny kundgrupp, vilket gynnar företagen.

Som Nutek påpekar är servicetjänster åt äldre något som i många fall borde lämpa sig väl för t.ex. små företag och kan också ge arbetstillfällen eller arbetsträning även för personer med funktionshinder eller som varit sjuka under lång tid.

Beträffande vad Kommerskollegium anfört kan följande nämnas. Att kommuner inte anses kunna gå i konkurs grundar sig inte på bestämmelser om statsstöd utan på kommunernas beskattningsrätt. Beskattningsrätten tillkommer kommunerna eftersom det anses rimligt att det allmänna på lokal nivå t.ex. tillhandahåller vissa tjänster som medför utgifter. Dit hör t.ex. barnomsorg samt vård och omsorg om äldre. Det finns i dag gott om verksamheter som vissa kommuner bedriver i egen regi medan andra upphandlar dem. Exempel på detta är hemtjänst, särskilt boende och gatuunderhåll. Detta har inte tidigare ansetts strida mot statsstödsreglerna och det finns inte anledning att göra någon annan bedömning vad avser servicetjänster åt äldre.

**Regeringens bedömning:** Det är inte nödvändigt att i sekretesslagen införa någon särskild bestämmelse om sekretess eller att i lag införa bestämmelser om dokumentation av eller tillsyn över verksamheten.

**Promemorians bedömning:** I promemorian behandlades inte frågan om sekretess.

**Remissinstanserna:** Socialstyrelsen har påtalat behovet av att sekretessfrågan belyses.

**Skälen för regeringens bedömning:** Enligt 7 kap. 4 § sekretesslagen (1980:100) gäller sekretess, med vissa undantag, inom socialtjänsten för uppgift om enskilds personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon honom eller henne närstående lider men. Med socialtjänst förstås bl.a. verksamhet enligt lagstiftningen om socialtjänst och den särskilda lagstiftningen om vård av unga och av missbrukare utan samtycke samt verksamhet som i annat fall enligt lag handhas av socialnämnd (7 kap. 4 § tredje stycket). Nämnda sekretess omfattar över huvud taget social service och socialt bistånd som lämnas av socialnämnd (Sekretesslagen. En kommentar. Regner m.fl., supplement 8, januari 2002, s. 7:27).

Sedan den 1 januari 1992 har kommunerna frihet att utifrån sina egna behov och önskemål utforma en lämplig nämndorganisation på det sociala området (1990/91:SoU:9 s. 43). Enligt 2 kap. 4 § första stycket socialtjänstlagen (2001:453, SoL) skall kommunens uppgifter inom socialtjänsten fullgöras av den eller de nämnder som kommunfullmäktige bestämmer. Vad som i SoL eller i annan författning sägs om socialnämnd gäller enligt andra stycket samma paragraf i förekommande fall den eller de nämnder som utses enligt första stycket. Med socialnämnd i sekretesslagens mening får därför numera förstås den eller de nämnder som avses i 2 kap. 4 § första stycket SoL.

Genom att det i den nya lagen stadgas att verksamheten enligt lagen skall handhas av den eller de nämnder som avses i 2 kap. 4 § första stycket SoL, kommer även verksamheten med servicetjänster åt äldre att omfattas av sekretessen enligt 7 kap. 4 § sekretesslagen.

I de fall kommunen väljer att utföra servicetjänster i egen regi omfattas den personal som utför servicen av den tystnadsplikt som följer av nämnda sekretessbestämmelse. Om tjänsterna i stället utförs av t.ex. ett privat företag torde det företagets personal normalt inte omfattas av denna tystnadsplikt, jfr 1 kap. 6 § sekretesslagen. Socialnämnden och företaget är dock oförhindrade att sluta avtal om tystnadsplikt om de så önskar (jfr dock JO 1986/87 s. 193). Privata företag omfattas inte av regler om handlingars offentlighet och har därför inte någon skyldighet att lämna ut handlingar.

Bestämmelser om behandling av personuppgifter finns i lagen (2001:454) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten. De uppgifter om enskildas personliga förhållanden som socialnämnden i normalfallet hanterar med anledning av verksamheten med servicetjänster åt äldre är inte så känsliga ur integritetssynpunkt att det finns anledning att till skydd för de enskilda införa särskilda bestämmelser om hur verksamheten skall dokumenteras eller handlingar gallras. Det kan



för närvarande inte heller anses föreligga behov av att föreskriva om skyldighet för socialnämnderna att lämna uppgifter om verksamheten för statistiska ändamål.

Tillsyn utövas främst av hänsyn till de enskildas rättssäkerhet. Bistånd enligt SoL är en rättighet för de enskilda som uppfyller kriterierna för att ta del av det. Bestämmelser om tillsyn över socialnämndernas hantering av biståndsärenden enligt SoL finns redan. Kommunerna är inte skyldiga att tillhandahålla servicetjänster åt äldre och enskilda har därför inte heller någon rättighet att ta del av dem. Mot denna bakgrund kan det inte anses föreligga behov av att införa några särskilda bestämmelser om tillsyn över socialnämndernas verksamhet avseende servicetjänster åt äldre.

### 9.2.7 Avgifter

**Regeringens förslag:** Kommunen skall enligt den nya lagen få ta ut skäligen avgifter för servicetjänster enligt grunder som kommunen bestämmer. Avgifterna får dock inte överstiga kommunens självkostnader.

**Promemorians förslag:** Överensstämmer med regeringens förslag.

**Remissinstanserna:** *Konkurrensverket* påpekar risken för att konkurrensen snedvrids om kommunen subventionerar tjänsterna. Några remissinstanser påpekar att förslaget medför att tjänsterna inte ingår i maxtaxan. *LO* anser att avgiften skall vara inkomstrelaterad och att det, för det fall en avgift sätts under kommunens självkostnad, bör införas en begränsningsregel om hur mycket hushållnära tjänster ett hushåll får konsumera. *Svenska kommunalarbetsareförbundet* anför att en förutsättning för att nå de positiva effekterna av förslaget är att priset den enskilde betalar för tjänsterna sätts lågt. *Pensionärernas Riksorganisation* finner det naturligt att kommunerna subventionerar verksamheten. *Karlstads kommun* anser att avgiften bör vara lika för alla. *Sveriges Kommuner och Landsting* anser att lagen bör utformas så att tjänsterna i mervärdesskatterättsligt hänseende likställs med annan jämförlig social omsorg och således undantas från skatteplikt.

#### Skälen för regeringens förslag

I socialtjänstlagen (2001:453, SoL) regleras kommunens rätt att ta ut avgifter för bl.a. insatser inom äldreomsorgen (8 kap. 3–9 §§ SoL). Kommunen får ta ut inkomstprövade avgifter för hemtjänst, dagverksamhet och kommunal hälso- och sjukvård av den enskilde. Reglerna anger vidare hur den äldres inkomster (avgiftsunderlag) skall beräknas och nivån på förbehållsbeloppet (minimibelopp samt faktisk boendekostnad) som den enskilde har rätt till innan avgift för hemtjänst får tas ut.

När det gäller servicetjänster åt äldre föreslås att kommuner får en rätt, men ingen skyldighet, att ta ut avgifter. För det fall en kommun tar ut avgifter skall de vara skäligen och inte överstiga kommunens självkostnad för tjänsten. Det innebär att kommunen inte får ta ut högre avgifter än som svarar mot kostnaden för de tjänster och nyttigheter som kommunen tillhandahåller. Med självkostnad avses kommunens totala kostnader för

verksamheten med servicetjänster. Kostnaderna i det enskilda fallet saknar betydelse. I likhet med avgifter för hemtjänst får kommunen differentiera avgifterna utifrån den enskildes betalningsförmåga.

Avgifterna för servicetjänster ingår inte i den s.k. maxtaxan enligt SoL. Eftersom t.ex. hemtjänster och servicetjänster kan bestå i samma tjänst, t.ex. städning eller gardinbyte, är det särskilt viktigt att socialnämnden är uppmärksam på att den enskilde kan ha rätt att få insatsen enligt SoL i stället för som servicetjänst och prövar en ansökan om en viss insats i första hand enligt SoL om det finns indikationer på att den enskilde skulle kunna ha rätt att få en sådan insats. Flera remissinstanser har uttryckt oro för att socialnämnderna inte kommer att bevilja enskilda insatser enligt SoL i den utsträckning de har rätt till utan i stället hänvisa till möjligheten att få servicetjänster åt äldre eller hävda att en viss insats, lika för alla, uppfyller kraven på skälig levnadsnivå, oavsett vilka behov den enskilde har. Genom att förfara på sådant sätt skulle socialnämnderna bryta mot SoL, vilket naturligtvis inte är acceptabelt. Trots att många kommuner redan i dag erbjuder servicetjänster har det, såvitt regeringen känner till, inte hittills förekommit några omfattande problem av detta slag. Regeringen har dock gjorts uppmärksam på att en kommun, enligt Länsstyrelsens i Östergötlands län beslut den 29 december 2005, inte fullgjort sina skyldigheter enligt SoL. Kommunen har i det ärendet hänvisat till den promemoria som ligger till grund för förslaget om kommunal befogenhet att tillhandahålla servicetjänster för äldre och som vid tillfället var föremål för remissbehandling. Vare sig den då föreliggande promemorian eller det nu föreliggande förslaget ger stöd för den uppfattning kommunen uppgett ha. Det får dock i nuläget förutsättas att detta är ett undantagsfall och att socialnämnderna inte medvetet bryter mot sina skyldigheter enligt SoL.

Att kommunerna har möjlighet att själva välja om de vill erbjuda servicetjänster åt äldre och att besluta om avgifternas storlek medför naturligtvis att insatser och avgifter kan variera över landet. Redan i dag varierar dock de insatser den enskilde beviljas utifrån lokala förhållanden och behov och den nya lagen avses inte ändra detta förhållande. Avgifterna kan variera mellan de olika kommunerna. Enskildas vilja eller förmåga att utnyttja servicetjänsterna kan därför bero på i vilken kommun de är bosatta. Detta skiljer sig inte mot vad som gäller i flera andra fall där kommuner har befogenheter eller skyldigheter att tillhandahålla tjänster av annat slag. Att särskilt anmärka är dock i detta fall att den enskilde enligt SoL alltid är tillförsäkrad skälig levnadsnivå. Den enskilde har rätt att få insatser upp till denna nivå beviljade enligt SoL vilket medför att avgifterna skall beräknas enligt SoL.

### *Mervärdesskatt*

Skatteverket har under remissbehandlingen påpekat att för det fall kommunen tar ut avgifter för servicetjänster som inte är individuellt behovsprövade är de skattepliktiga enligt mervärdesskattelagen (1994:200). Den utgående skatt som kommunen eventuellt skall betala utgör en del av den beräknade självkostnaden för kommunen. Den totala avgift som kommunen högst får ta ut av varje enskild person är således ett belopp motsva-

### 9.2.8 Överklagbarhet

**Regeringens bedömning:** Särskilda bestämmelser om överklagande av beslut om servicetjänster åt äldre och beslut om avgifter för dessa tjänster bör inte införas.

**Promemorians bedömning:** Överensstämmer med regeringens bedömning.

**Remissinstanserna:** *Länsrätten i Örebro län* anser att det i lagen bör anges att beslut kan överklagas enligt 10 kap. kommunallagen (1991:900). *Statskontoret* anför att systemet kan skapa osäkerhet hos de äldre kring vilka möjligheter till överklagande de har.

**Skälen för regeringens förslag:** Den föreslagna lagen innehåller endast en befogenhet för kommuner att tillhandahålla servicetjänster åt äldre och medför således ingen rättighet för äldre att få servicetjänster utförda utan föregående biståndsbeslut. Ett beslut om att tillhandahålla servicetjänster är inte riktat till någon enskild person och det saknas därför anledning att införa särskilda bestämmelser som ger enskilda möjligheter att överklaga.

Ett kommunalt beslut om servicetjänster eller avgiftsbeslut kan dock ändå prövas genom laglighetsprövning i enlighet med bestämmelserna i 10 kap. kommunallagen (1991:900), vilket bl.a. innebär att domstolen i vissa fall kan upphäva ett beslut om det strider mot lag eller annan författning men inte sätta ett nytt beslut i dess ställe. Även beslut om avgiftsuttag kan överklagas enligt bestämmelserna i 10 kap. kommunallagen. Kommunallagens bestämmelser om laglighetsprövning gäller generellt och det kan inte anses behövligt att i lagen ta in en hänvisning till dem.

På den enskildes begäran skall ett ärende om en insats handläggas som ett ärende om bistånd enligt socialtjänstlagen (2001:453). Ett avslagsbeslut i sådana fall kan överklagas på vanligt sätt hos förvaltningsdomstol. Detsamma gäller ett avgiftsbeslut när avgiften avser en insats enligt socialtjänstlagen.

## 9.3 Förstärkt stöd till anhöriga som vårdar närstående

Anhöriga gör stora och viktiga insatser för att hjälpa och vårda sina äldre och långtidssjuka närstående. Anhörigomsorgen är värdefull för både de äldre och kommunen som i mindre utsträckning behöver finansiera omsorgen. För många äldre påverkas möjligheterna att under trygga och trivsamma former kunna bo kvar hemma i hög grad av om någon anhörig kan, orkar och vill hjälpa. År 2000 stod anhöriga för ungefär 70 procent av den totala hjälpvolymen bland personer 75 år och äldre som bodde i ordinärt boende. Hjälpen kan bestå av allt ifrån socialt stöd, tillsyn och praktisk hjälp med hushållssysslor till omfattande hjälp med personlig omvårdnad och uppgifter av sjukvårdskaraktär. Främst är det makar eller

samboende som hjälper varandra, men även insatser av närboende barn och andra närstående är betydande.

En välutbyggd och välfungerande offentlig äldreomsorg är enligt regeringens bedömning det bästa stödet för anhöriga till omsorgsbehövande äldre. Vetskapen att det finns en god vård och omsorg för den sjuka den dagen han eller hon behöver det, eller när den anhöriga som vårdar själv inte orkar, kan eller vill göra det längre, är viktig för att både den anhörige och den sjuke skall kunna känna sig trygga. Det är bara om det finns en god offentlig äldreomsorg som anhörigomsorg kan vara ett fritt val för båda parter. Ett rikt utbud av bra hemtjänst och särskilt boende av god kvalitet kan betraktas som ett indirekt stöd till anhöriga. Utöver detta kan dock samhället på många sätt stödja och underlätta för anhöriga som hjälper och vårdar någon närstående äldre eller långtids-sjuk genom mer direkta insatser.

#### *Anhörigas insatser har ökat*

Anhörigas omsorgsinsatser ökade kraftigt under andra halvan av 1990-talet. Det är i första hand barnen som ökat sina omsorgsinsatser för gamla föräldrar, men ökningen gäller även andra anhöriga. Ökningen har flera förklaringar. En bidragande orsak är att en mindre andel än tidigare av dem som är 80 år eller äldre får del av den offentliga äldreomsorgen. Kortare vårdtider i sjukvården medför att äldre människor som lämnar sjukhuset med omfattande omsorgsbehov i dag tar en större andel av den kommunala äldreomsorgens resurser i anspråk. Det innebär att äldreomsorgens insatser kommit att koncentreras på en mindre och allt mer vårdkrävande grupp, medan äldre som har mindre omfattande hjälpbehov oftare ställs utanför det kommunala åtagandet. En annan faktor som bidragit till ökningen av anhörigomsorgen är att många kommuner har skärpt sina riktlinjer kring tilldelning av hemhjälp eller plats i särskilt boende.

Anhörigvård är ett frivilligt åtagande för den anhörige. Kommunen kan därför inte avslå en ansökan om hemtjänst med hänvisning till att den anhörige kan tillgodose omvårdnadsbehovet. Trots det väger kommunernas biståndshandläggare ofta in anhörigas möjlighet att hjälpa i bedömningen av vilka insatser kommunen skall bevilja. Det har blivit vanligare med kommunala riktlinjer om att biståndsbedömarna skall undersöka ifall det finns anhöriga eller andra närstående utanför hushållet som kan ge hjälp. År 2000 fanns sådana riktlinjer i var fjärde kommun.

#### *Kvinnor står för en stor del av anhörigomsorgen*

Det är framförallt kvinnor som står för anhörigomsorgen och även för den ökning av anhörigomsorgen som vi sett den senaste tiden. Under andra halvan av 1990-talet har insatserna ökat bland kvinnliga släktingar, men är närmast oförändrade bland manliga släktingar. Kvinnorna står för ungefär 70 procent av anhöriginsatserna. De vanligaste anhöriga omsorgsgivarna är hustrur och döttrar. Många äldre män står också för omfattande insatser för sina makor. Omfattningen av de gifta äldres insatser kan i tid räknat skattas som likvärdiga med de äldre kvin-

nornas insatser när insatserna ges mellan gifta makar. Kvinnor som vårdar sina män står oftare än gifta män ensamma om sitt omsorgsansvar. En man som vårdar sin hustru har oftare såväl hemtjänsten som döttrar eller andra anhöriga vid sin sida. En förstärkning och förbättring av stödet till anhöriga är således i stor utsträckning en satsning på att förbättra kvinnors situation.

#### *Många vill hjälpa men behöver stöd för att orka*

De allra flesta som hjälper och vårdar någon närstående gör det för att de vill göra det. En attitydundersökning visar att det finns en stor beredvilighet bland medelålders och äldre människor, ur alla samhällsskikt och miljöer, att hjälpa gamla föräldrar. Det finns inga tydliga indikationer på att människors vilja och beredskap att hjälpa sina närstående kommer att minska inom den närmsta framtiden. Enligt Socialstyrelsen har familjenätverket kring äldre stärkts, inte försvagats, under de senaste femtio åren. Allt fler gamla är gifta även i hög ålder. Många har barn som bor i närheten och inget tyder på att kontakterna över generationsgränserna har försvagats på senare tid. Ytterst få äldre saknar nära anhöriga och de flesta har någon eller flera av dem i närheten.

#### *Tidigare satsningar på anhörigstöd*

Stöd till anhöriga kan handla om en rad olika insatser. Medan vissa anhöriga främst behöver avlösning för att orka med eller få egen tid, kan behovet hos andra i stället handla om att få information och kunskap för att känna sig trygga i och utveckla sin anhörigroll. Stödet kan exempelvis också handla om att en anhörig tillsammans med den person han eller hon hjälper kan få möjlighet att göra något som bryter av mot vardagen. De mest utbredda formerna av anhörigstöd är insatser vars syfte bl.a. är att avlösa anhöriga. Dessa verksamheter – korttidsvård/korttidsboende, dagvård/dagverksamhet samt avlösning i hemmet – finns i nästan samtliga kommuner och kommundelar. De kan sägas utgöra basen i kommunernas anhörigstöd. Andra exempel på stödformer är enskilda samtal, anhörigcirklar, utbildningar av anhörigvårdare, hälsoundersökningar, m.m.

En ny bestämmelse infördes i socialtjänstlagen (2001:453, SoL) fr.o.m. år 1998. I 5 kap. 10 § SoL anges att socialtjänsten genom stöd och avlösning bör underlätta för den som vårdar närstående. Bestämmelsen innehåller dock inte några närmare föreskrifter om hur stödet till anhöriga bör utformas.

Under åren 1999 till 2001 satsade regeringen 300 miljoner kronor för att stimulera utvecklingen av stödet till anhöriga – Anhörig 300. Samtliga kommuner i landet fick under en treårsperiod stimulansmedel för att utveckla anhörigstödet. Socialstyrelsen hade i uppdrag att bl.a. följa upp satsningen. En fortsatt satsning har skett i samband med den nationella handlingsplanen för hälso- och sjukvården för åren 2002–2004 och det avtal som slöts mellan staten, Svenska kommunförbundet och Landstingsförbundet. Avtalet innebar att kommunerna skulle fortsätta att utveckla stödformer för anhörigvårdare. Landsting och kommuner tillför-

des därigenom ett resurstillskott avsett för bl.a. insatser inom vård och omsorg om äldre.

I enlighet med regeringens förslag i budgetpropositionen för år 2005 förstärktes statsbidraget för anhörigstödet med ytterligare 25 miljoner per år under perioden 2005 till 2007. Det är enligt regeringens bedömning angeläget att fortsätta och förstärka satsningen. Från år 2006 fyrdubblas stödet, enligt budgetpropositionen för år 2006, och omfattar sammanlagt 125 miljoner kronor. Av dessa medel är 100 miljoner kronor avsatta för att kommunerna skall förbättra det varaktiga stödet till anhörigvårdare och göra det mer lättillgängligt. Därutöver har 20 miljoner kronor avsatts i budgetpropositionen för år 2006 för att kommunerna skall utveckla frivilliginsatser. Medlen skall i första hand användas för uppbyggnad av infrastruktur för anhörigstöd och inte för tillfälliga projekt.

Anhörig- och pensionärsorganisationer fyller enligt regeringen en viktig funktion när det gäller att stödja anhöriga. För att öka deras möjligheter att ge stöd till anhöriga har regeringen i budgetpropositionen för 2006 tillfört organisationerna ytterligare 5 miljoner kronor årligen från och med år 2006. Detta innebär att stödet till anhörigorganisationerna har fördubblats.

#### *Att nå de anhöriga som har behov av stöd*

En första förutsättning för att anhörigstödet skall kunna underlätta situationen för anhörigvårdare är att det faktiskt når fram till dem som behöver stöd. Kommunerna och kommundelarna måste därför ha god kännedom om de anhöriga och deras situation, samtidigt som de anhöriga skall känna till möjligheterna att få stöd. Det gäller t.ex. dem som under året haft kontakter med slutenvården eller enbart har kontakter med landstingets primärvård samt äldre utlandsfödda som får del av den kommunala äldreomsorgen i betydligt mindre utsträckning än svenskar födda i landet.

Det är enligt regeringens bedömning angeläget att kommunerna utvecklar strategier för att bättre nå ut med informationen om stödet till anhöriga. Ett sätt att göra det är att samarbeta med landstingets verksamheter, med pensionärs- och anhörigorganisationer och andra föreningar som har förutsättningar att nå äldre och deras anhöriga. Ett annat sätt att nå anhöriga som inte har men kanske skulle behöva stöd av kommunen är att bedriva uppsökande verksamhet, t.ex. i form av förebyggande hembesök. Många anhöriga ser inte sig själva som "vårdare", trots stora insatser, och efterfrågar därför inte heller hjälp. När hjälp erbjuds, uppfattas detta ofta som alltför sent, varför anhöriga inte så sällan tackar nej. Kommunerna bör därför vara aktiva i att söka upp anhörigvårdare och erbjuda stöd till dem som behöver det.

#### *Samtal för omsorgsuppföljning*

Att få information och möjlighet till inflytande är viktigt för de flesta som vårdar och hjälper någon närstående. Även om anhöriga till äldre och långtidssjuka som har kommunal omsorg ibland hör några ord om hur den gamle eller långtidssjuka har det är det viktigt att få del av per-

sonalens iakttagelser om utveckling, trivsel och hälsa i ett längre perspektiv. Enligt en undersökning som Demensförbundet genomfört är information om demenssjukdomens symtom, förlopp och möjligheter till behandling en viktig aspekt av kvalitet i vården och omsorgen. Att få medverka i omvårdnadsplaneringen och att personalen i möjligaste mån tar hänsyn till den anhöriges önskan om hur vården skall vara lyfts också fram som viktigt, liksom kontinuerlig kontakt med vårdpersonalen.

Samtal för omsorgsuppföljning mellan kommunens personal och den anhörige kan enligt regeringens uppfattning bidra både till bättre kvalitet i omsorgen och till ökad trygghet hos den anhörige. En förutsättning för att hålla sådana samtal är givetvis att de som samtalen gäller ger sitt medgivande till detta och ges möjlighet att delta vid samtalen. Ett regelbundet tillfälle för ömsesidig kommunikation kan få den anhörige att känna sig och bli mer delaktig i besluten som rör den sjuke och innebära att den anhöriges kunskaper om henne eller honom bättre tas tillvara i den offentliga omsorgen.

### *Översikt och kunskapsspridning i anhörigfrågor*

Kunskapen om hur stödet till anhöriga bör utformas för att på bästa sätt underlätta för anhöriga som vårdar behöver enligt regeringens uppfattning utvecklas. Även kunskap om mäns deltagande i anhörigomsorgen behövs, liksom kunskap som belyser omsorgsarbetets konsekvenser för anhörigas hälsa, arbete och ekonomi. En sådan kunskap är nödvändig för att förtroendevalda och andra beslutsfattare inom vård och omsorg skall kunna fatta väl underbyggda beslut och för att anhöriga som hjälper och vårdar någon närstående skall få det stöd de behöver. Med tanke på framtida utmaningar beträffande demografi, samhällsekonomi och krav och förväntningar från allmänheten är det nödvändigt att kraftsamla på området. Socialstyrelsen har fått i uppdrag att ta fram ett förslag på hur ett nationellt kompetenscentrum för forskning och utveckling kring anhöriga till personer i behov av service, vård och omsorg kan organiseras. I avsnitt 8.3 beskrivs hur regeringen avser att inrätta ett nationellt kompetenscentrum för kunskapsuppbyggnad där en prioriterad uppgift är att samla in och sprida kunskap kring anhörigfrågor och hur samhället kan organisera och tillhandahålla stöd till anhöriga med god kvalitet. Socialstyrelsen kommer att få i uppdrag att ta fram förslag på hur ett sådant kompetenscentrum kan organiseras.

#### **9.3.1 Bättre dokumentation och statistik kring anhörigomsorg och anhörigstöd**

**Regeringens bedömning:** Statistiska centralbyrån bör inom ramen för utvecklingsplanens genomförande få i uppdrag att samla in uppgifter om anhörigomsorgens omfattning, fördelat på kvinnor och män, utlandsfödda och minoriteter. Om och hur kommunernas stöd till anhöriga skall dokumenteras bör ses över i en kommande utredning om förtydligat regelverk för vård och omsorg om äldre. Se avsnitt 8.1.

**Skälen för regeringens bedömning:** Kunskapen om omfattningen och betydelsen av anhörigas omsorgsinsatser och om kommunernas insatser för att stödja anhöriga behöver förbättras. Det finns stora luckor i statistiken om anhörigas omsorgsinsatser. Det är viktigt att kunna belysa anhörigomsorgens konsekvenser för hälsa, arbete och ekonomi. Det är vidare också viktigt att belysa betydelsen av anhörigvård som anledning till att förvärvsarbeta på deltid eller att helt stå utanför arbetsmarknaden. Regelbunden insamling och analys av relevanta statistikuppgifter kan väsentligt förbättra kunskapen om anhörigas omsorgsarbete. Tillförlitlig statistik är en nödvändig förutsättning för uppföljning och förändring. Därför bör Statistiska centralbyrån inom ramen för utvecklingsplanens genomförande få i uppdrag att samla in uppgifter om anhörigomsorgens omfattning, fördelat på kvinnor och män, utlandsfödda och minoriteter. I vilken form statistikinsamlingen bör kompletteras behöver dock utredas närmare.

Förutsättningarna att inhämta information och kunskap om kommunernas anhörigstöd är begränsade. Nästan hälften av landets kommuner saknar uppgifter om hur många anhöriga som fått insatser, enligt Socialstyrelsens uppföljning från år 2005. Anledningen till detta är att dokumentation av anhörigstödet är ovanlig. Endast var tredje kommun och kommunedel hade ett system för att fortlöpande dokumentera insatser som görs för att avlasta anhöriga. Dokumentationen av avlösningens insatserna dagverksamhet och korttidsboende görs i stället för den person som den anhörige är närstående till, dvs. brukaren. Dessa insatser är de vanligaste stödformerna. Inte heller den nationella statistiken ger ett bra mått på omfattningen av dessa verksamheter när det gäller anhörigstöd. När det gäller avlösning i hemmet saknas helt statistik, då den ingår i hemtjänst i ordinärt boende.

Med nuvarande lagstiftning finns inget krav att kommunerna skall dokumentera insatserna för de anhöriga på ett sätt som gör att de kan redovisa hur många anhöriga som får del av insatserna. Dokumentation får inte göras på individnivå om det inte är ett individuellt behovsprövat stöd direkt till den anhörige. Annars får dokumentation enbart göras på verksamhetsnivå. Det finns två huvudsakliga problem. Det första är att avlösningens insatser i grunden är motiverade av den vårdades behov av vård och omsorg, inte den anhöriges. Att dokumentera avlösningens insatser i en akt för den anhörige framställer saken som att det är den anhöriges ansvar att vårda den sjuke men att kommunen kan bistå med avlösning när den anhörige inte kan fullfölja sitt ansvar, alltså att det är den anhörige som är i behov av bistånd. Det kan också upplevas som integritetskränkande för den anhörige om kommunen upprättar en akt över henne eller honom, trots att behovet egentligen finns hos den närstående. Ett annat problem är att det kan vara svårt att särskilja när en avlösningens insats är motiverad av den vårdades behov av särskild vård och när den är motiverad av den anhöriges behov av avlösning. I många fall kan t.ex. en vistelse på korttidsboende vara motiverad av båda skälen. Om och hur kommunernas stöd till anhöriga skall dokumenteras bör ses över i en kommande utredning om förtydligat regelverk för vård och omsorg om äldre.



**Sammanfattning:** Kunnig, kompetent och engagerad personal är en förutsättning för att vården och omsorgen om äldre skall hålla en hög kvalitet. Den demografiska utvecklingen kommer att leda till att Sverige inom några decennier får allt fler äldre i behov av vård och omsorg. Inom tio år kommer också en stor andel av personalen inom vården och omsorgen att gå i pension. Det är därför viktigt både att kunna rekrytera ny personal och att behålla personalen. Regeringen avser därför att tillkalla en särskild utredare med uppdrag att föreslå ett nationellt system för yrkeskrav, kompetensutveckling och åtgärder för att underlätta den framtida kompetensförsörjningen inom äldreomsorgen. System för erkännande och bevis på yrkeskompetens samt yrkesbenämningar är andra områden som bedöms ha stor betydelse för den framtida kompetensförsörjningen. Det är också viktigt att arbetet och arbetsplatserna utvecklas så att anställda ges möjlighet till delaktighet och utveckling i sitt arbete – för att främja trivsel, hälsa och yrkeskunnande. För att kunna rekrytera och behålla en allt mer kompetent personalstyrka krävs det att arbetsgivarna systematiskt satsar på ledarskap, utbildning, arbetsmiljö och bättre arbetsvillkor inklusive förebyggande hälsoarbete. Även verksamhetens innehåll och organisering behöver utvecklas.

### Inledning

Personalens kompetens och engagemang är den viktigaste faktorn för kvaliteten och tryggheten i äldreomsorgen. Arbetet inom vård och omsorg i kommunerna blir allt mer kvalificerat på grund av att brukarnas behov av insatser blir mer sammansatta och att kvalitetskraven ökar. Det understryker betydelsen av adekvat kompetens hos personalen men också att omvårdnadspersonalen ges utökade befogenheter och ett vidgat ansvar att tillsammans med den äldre utforma vården och omsorgen. Det är därför viktigt att stärka omvårdnadspersonalens ställning inom äldreomsorgen. På tio års sikt kommer rekryteringsbehoven att vara stora, vilket gör det viktigt att höja omvårdnadsyrkenas status och att kunna erbjuda goda arbetsvillkor, anställningsförhållanden och utvecklingsmöjligheter. För att skapa ett utbud som motsvarar den långsiktiga efterfrågan behöver dagens utbildningskapacitet för omvårdnadspersonal inom området mer än fördubblas. Att omvårdnadspersonal ges möjlighet att fördjupa sin kompetens inom olika områden är angeläget såväl för att kvalificerade arbetsuppgifter skall utföras med god kvalitet, som för att skapa utvecklingsmöjligheter för personalen.

För att lägga en stabil grund för det fortsatta utvecklingsarbetet har regeringen beslutat om två stora satsningar på kompetensutveckling för personal inom vården och omsorgen om äldre, satsningarna på Kompetensstegen och utbildningsvikariat. Över tre miljarder kronor har i budgetpropositionen för år 2005 avsatts för dessa satsningar under åren 2005–2007.

Arbete inom vård och omsorg om äldre har blivit alltmer kvalificerat och mångfacetterat och kräver att personalen har bred och specialiserad kompetens. På tio års sikt kommer pensionsavgångarna från äldreomsorgen att vara stora samtidigt som antalet personer med omsorgsbehov beräknas öka. Efterfrågan på kompetent personal kommer alltså att öka kraftigt. Samtidigt är det allt färre som söker sig till omsorgen via de reguljära utbildningsvägarna såsom gymnasieskolans omvårdnadsprogram. För att klara den framtida personalförsörjningen måste arbetet göras mer attraktivt och statusen höjas. Personal som redan arbetar inom äldreomsorgen behöver få tillgång till kompetensutveckling och alla utbildningsvägar som leder till arbete inom äldreomsorgen måste utnyttjas. Därtill behöver flexibla och individuella lösningar utvecklas.

Inom äldreomsorgen finns många timanställda, de allra flesta kvinnor. År 2004 fanns i kommunerna totalt 168 900 månadsanställda inom vård och omsorg om äldre och 50 800 timanställda. Äldreomsorgen är ett område där andelen deltidsysselsatta är hög och en hög andel av de deltidsanställda vill arbeta mer. Omkring 90 procent av dem som arbetar inom vård och omsorg är kvinnor. Enligt beräkningar från SCB för år 2004 är äldreomsorgen den sektor som har den högsta andelen deltidsarbetslösa av de tim- och deltidsanställda. De senaste åren har dock värdefulla insatser gjorts för att minska deltidsarbetslösheten och det har särskilt märkts inom vård- och omsorgssektorn. Kommunerna har börjat uppmärksamma frågor om ofrivilligt deltidsarbetande och arbetat fram flexibla arbetstidsmodeller för en större andel heltidsanställningar.

Flera studier visar att personer som arbetar deltid har sämre utvecklings- och karriärmöjligheter än de som arbetar heltid. Exempelvis får deltidsanställda i mindre utsträckning än heltidsanställda tillgång till utbildning på betald arbetstid. Det kan i sin tur medföra att denna grupp av anställda också får ett mindre inflytande över arbetet. I november 2005 överlämnades betänkandet Stärkt rätt till heltidsanställning (SOU 2005:105) till regeringen. Betänkandet är för närvarande föremål för remissbehandling. I betänkandet lämnas förslag angående arbetsgivares sätt att organisera arbetet samt angående rättighet för den som vill arbeta heltid att göra det.

Nio av tio undersköterskor och vårdbiträden har gymnasieutbildning men bara drygt 60 procent har en omvårdnadsutbildning. Hälften av samtliga som rekryterades till äldreomsorgen år 2004 hade en omvårdnadsutbildning. Detta kan jämföras med förskolan där ungefär fem procent saknar utbildning för arbete med barn. En högre utbildningsnivå bland äldreomsorgens personal har stor betydelse för att höja kvaliteten i vården och omsorgen.

Genom tillkomsten av omvårdnadsprogrammet år 1994 integrerades den sociala servicelinjen och vårdlinjen. I nuvarande omvårdnadsprogram har de tidigare skilda yrkes-, och delvis verksamhetsområdena samordnats. Vanligt är dock fortfarande att personer som inte har adekvat yrkesutbildning anställs som vårdbiträde, medan personal med yrkesbenämningen undersköterska i högre grad genomgått omvårdnadsprogrammet eller motsvarande äldre yrkes- eller yrkesförberedande utbildningar.

Det finns i dag ingen yrkes- eller examensbeteckning som är knuten till en specifik yrkesförberedande utbildning på gymnasial nivå eller i övrigt inom vård och omsorg.

De förändringar i gymnasieskolan som skall träda i kraft höstterminen 2007 innebär bland annat att en gymnasieexamen skall införas. Nya program mål och kursplaner börjar också gälla. Förändringarna inom omvårdnadsprogrammet innebär att programmet kommer att innehålla knappt ett års karaktärsämnen (800 gymnasiepoäng), dvs. ämnen som är gemensamma för alla elever på programmet och som är specifikt inriktade på vård och omsorg. Utöver detta finns även ett utrymme om 600 poäng för valbara kurser, där eleverna kan välja bland såväl yrkesinriktade som mer studieförberedande kurser. Gymnasieskolans yrkesinriktade program förbereder för arbete inom bredare sektorer på arbetsmarknaden. I de flesta fall krävs någon form av kompletterande yrkesutbildning på arbetsplatsen, så även efter omvårdnadsprogrammet för de flesta yrken inom vård- och omsorgssektorn. Kommande förändringar av omvårdnadsprogrammet syftar till att göra programmet mer attraktivt. Även om detta leder till ett ökat antal sökande, så står det klart att programmet ensamt inte kommer att kunna ge en tillräcklig rekryteringsbas för vården och omsorgen om äldre. År 1994 var det 4 500 personer som sökte till omvårdnadsprogrammet i första hand, men år 2004 var det endast 2 900, varav 2 500 kvinnor och 400 män. Som en jämförelse kan nämnas att den kommunala vuxenutbildningen våren 2005 hade drygt 70 000 deltagare i de olika kurserna inom vård- och omsorgsområdet. Det innebär dock inte att 70 000 individer utbildats utan en och samma individ kan ha deltagit i flera olika kurser.

### *Kompetensstegen*

Som ett led i arbetet med att höja kompetensen i äldreomsorgen tillkallade regeringen år 2004 en kommitté, Kompetensstegen, med uppgift att utveckla principer och utarbeta strategier för stöd till kommunerna för kvalitetsutveckling inom den kommunala vården och omsorgen om äldre genom kompetensutveckling för personalen. Kompetensstegen ansvarar också för att ta fram underlag och förslag till beslut om stöd, samt för att följa upp effekter av insatt stöd. Kompetensstegen skall fungera som forum för dialog och samverkan mellan berörda aktörer i frågor som rör kvalitet och kompetensutveckling inom området äldres vård och omsorg. Det är en flerårig nationell satsning för att stödja kommunernas långsiktiga kvalitets- och kompetensutvecklingsarbete inom vård och omsorg om äldre. Drygt en miljard kronor avsattes i budgetpropositionen för 2005 till satsningen, fördelat med 450 miljoner kronor år 2005, 300 miljoner kronor år 2006 och 300 miljoner kronor år 2007. Utgångspunkten är att genom idéer, råd och stöd inspirera och uppmuntra till kvalitetsarbete genom verksamhetsnära kompetensutveckling av personalen.

Regeringen fattade i november 2005 beslut som innebar att 248 kommuner ges drygt 800 miljoner kronor i stöd, fördelat över en treårsperiod. Under de kommande två åren kommer ytterligare cirka 250 miljoner kronor att fördelas.

Kompetensstegens arbetssätt bygger på dialog och aktiv samverkan med de kommuner som deltar i satsningen. Dialogen inleddes våren 2005

genom ett antal informationskonferenser om satsningen vilket resulterade i ett mycket brett gensvar där i princip samtliga av landets kommuner aviserade sin avsikt att ansöka om medel från Kompetensstegen. Till det första ansökningstillfället hösten 2005 ansökte cirka 250 kommuner om stöd och ytterligare ett trettiotal meddelade att de avsåg att återkomma senare. I ansökningsförfarandet ställdes höga krav på kommunerna beträffande redovisning av en genomarbetad mål- och verksamhetsidé och en tydlig genomförandeplan för kompetensutvecklingsinsatserna. I kommitténs bedömning av ansökningarna var främst tre kriterier centrala – brukarperspektiv, verksamhetsnära former och långsiktighet. Brukarperspektiv innebär att aktiviteterna skall ta sin utgångspunkt i de äldre omsorgstagarnas och de anhörigas behov. Med verksamhetsnära avses att aktiviteterna skall ske i nära anslutning till verksamheten i tid och rum och ha ett innehåll som utgår från verksamhetens förutsättningar. Långsiktighet innebär att kommunen skall utveckla former för lärande som kan fortleva även efter stödperioden. Stödet skall ses som utvecklingsmedel för ett strategiskt långsiktigt arbete.

De aktiviteter som kommunerna genomför med stöd av Kompetensstegen spänner över många olika kunskaps- och kompetensområden. Kommittén har i sin första preliminära analys pekat på två samverkande huvudinriktningar som återfinns i merparten av ansökningarna. Det första handlar om ämnesfördjupning i olika former där bemötande, etik och värdegrundsfrågor kan sägas dominera. Det normala åldrandets sjukdomar, däribland demenssjukdomar, läkemedelshantering, kostfrågor, rehabiliterande arbetssätt och dokumentation är andra exempel på vanligt förekommande ämnesområden. Den andra huvudinriktningen handlar om själva metoderna, formerna och systemen för lärande och kompetensutveckling. Modeller för handledning, reflektion, lärande på arbetsplatsen och olika former av arbetslagsutveckling förekommer i många ansökningar, liksom ledarskapsfrågor och modeller för att möjliggöra utveckling i yrket.

Kompetensstegens arbete under åren 2006 och 2007 kommer, i takt med att merparten av resurserna fördelats, att alltmer inriktas mot utåtriktade och stödjande insatser i syfte att sprida lärande exempel, bidra till nätverksbyggande och erfarenhetsutbyte mellan deltagande kommuner och andra berörda aktörer. Kommittén kommer att verka aktivt för att det skapas beständiga strukturer för ett kontinuerligt kompetensutvecklingsarbete som involverar verksamhetens huvudmän och ger dessa ett reellt ansvar och inflytande över utvecklingen på området.

Som en del i regeringens åtgärds paket mot arbetslösheten görs en tvåårig satsning för att höja kompetensen för bland annat omvårdnadspersonal. Genom denna satsning blir det möjligt att genomföra utbildningsinsatser motsvarande utbildning på heltid för 5 000 anställda per år. I praktiken innebär detta att många fler än 5 000 individer kommer att ges möjlighet att delta i olika utbildningsinsatser, eftersom studierna kan genomföras under kortare tid än ett år och med lägre studietakt. Samtidigt kommer minst 5 000 personer i genomsnitt per månad ges anställning som vikarier. Kommunerna ersätts för vikariekostnaden och för halva utbildningskostnaden upp till högst 1 000 kronor per utbildningsvecka. Kompetensstegen har givits ansvar för att genom informationsinsatser och dialog med arbetsgivare främja användandet av utbildnings-

vikariat samt ge råd och stöd till arbetsgivare i planeringen av utbildningsinsatser. Kommittén har under hösten 2005 och våren 2006 genomfört ett stort antal riktade informationsinsatser till kommuner, landsting och utbildningsanordnare i syfte att informera och uppmuntra användandet av utbildningsvikariat. Kommittén har även genomfört enkätundersökningar i syfte att kartlägga behov och efterfrågan på utbildningsvikariat i kommuner och landsting.

### *En handlingsplan för kompetensförsörjning inom vård och omsorg*

På regeringens uppdrag har Socialstyrelsen tillsammans med nio andra berörda myndigheter lämnat en rapport om vad staten bör göra för att underlätta kompetensförsörjningen inom kommunernas vård och omsorg om äldre och funktionshindrade personer. I rapporten *Investera nu!* överlämnade myndigheterna ett förslag till en långsiktig handlingsplan med ett 60-tal åtgärder. Den största utmaningen för den framtida kompetensförsörjningen bedömdes vara bristande tillgång till yrkeskompetent omvårdnadspersonal. Myndigheterna föreslog en rad åtgärder för att komma till rätta med den förväntat långsiktiga bristen på omvårdnadspersonal. Det är angeläget att myndigheterna fullföljer sina åtaganden i handlingsplanen och gemensamt fortsätter sitt arbete med genomförandet.

Den största målgruppen för omvårdnadspersonalens arbete kommer även i framtiden att vara äldre personer med funktionshinder. Det kan vara fråga om äldre personer med livslånga funktionshinder, men oftare med funktionshinder som uppkommit sent i livet. Denna grupp är störst i dag och förväntas på längre sikt dominera än mer. Förekomsten av demenssjukdomar och andra kognitiva funktionsnedsättningar bland äldre kommer att vara stor. Det kommer också att vara vanligt att äldre personer har flera skador och sjukdomar som leder till sammansatta funktionsbegränsningar. Antalet äldre personer med annan etnisk bakgrund än den svenska kommer att öka, varför kultur- och språkkompetens hos omvårdnadspersonal kommer att behövas. Motsvarande behov av språkkunnig omvårdnadspersonal och personal med kulturell kompetens finns, och väntas öka, för äldre som tillhör urfolket samerna eller någon av de andra fyra nationella minoriteterna. Sammantaget innebär utvecklingen, enligt regeringen, att det behövs fortsatta insatser för personalen i äldreomsorgen.

## 10.2 Ett nationellt kompetenssystem

**Regeringens bedömning:** En särskild utredare bör tillkallas med uppdrag att föreslå ett nationellt system för yrkeskrav, kompetensutveckling och åtgärder för att underlätta den framtida kompetensförsörjningen inom äldreomsorgen. System för erkännande av och bevis på yrkeskompetens samt yrkesbenämningar är andra områden som bedöms ha stor betydelse för den framtida kompetensförsörjningen.

Regeringen anser att regleringen av personalens ansvar och kompetenskrav inom vården och omsorgen om äldre behöver förtydligas och preciseras. Syftet är, förutom att förbättra den äldres situation och få en ökad nationell likvärdighet, att göra arbete inom äldreomsorgen mer attraktivt och att befästa och förstärka kvaliteten inom omsorgen. Skälen till att dessa förändringar bör komma till stånd är dels att kunna erbjuda tjänster av god kvalitet till den äldre, dels att kunna rekrytera och behålla personal med god kompetens i verksamheterna samt att stimulera personalens kompetensutveckling. Den personal som finns i äldreomsorgen måste ges bättre utvecklingsmöjligheter och arbetsförhållanden. Det handlar om att stärka drivkrafterna för individen att utveckla sig inom yrket och att synliggöra utvecklingsvägar. Med yrkesbenämningar och utbildningar som är erkända i hela landet ökar möjligheten till geografisk rörlighet och delegering av ansvar.

Utbudet av omvårdnadspersonal i arbetskraften förväntas minska kraftigt med nuvarande utbildningsdimensionering, samtidigt som efterfrågan beräknas öka. Orsakerna till det förväntat bristande utbudet är stora pensionsavgångar och att alltför få väljer att skaffa sig yrkesförberedande omvårdnadsutbildning. Ökad efterfrågan förväntas på lång sikt som en följd av demografiska förändringar. Regeringen anser att regleringen av personalens ansvar och kompetenskrav inom vården och omsorgen om äldre behöver förtydligas och preciseras. Syftet är, förutom att förbättra den äldres situation och få en ökad nationell likvärdighet, att göra arbete inom äldreomsorgen mer attraktivt och att befästa och förstärka kvaliteten inom omsorgen. De satsningar som regeringen nu gör på verksamhetsnära lärande genom Kompetensstegen och på grundutbildning genom utbildningsvikariatet ger en god grund för en fortsatt utveckling. En särskild utredare bör tillkallas med uppdrag att föreslå ett nationellt system för yrkeskrav, kompetensutveckling och åtgärder för att underlätta den framtida kompetensförsörjningen inom äldreomsorgen i syfte att tydliggöra och stärka omvårdnadsprofessionen.

*Nationella yrkeskrav och ett nationellt system för erkännande av och bevis på yrkeskompetens bör läggas fast*

I dag saknas fastställda yrkeskrav för omvårdnadspersonalen. Att ha nationellt fastslagna krav skulle genom att garantera en viss kompetensnivå förutom att höja kvaliteten på omsorgen ge en likvärdighet över hela landet. Det skulle höja statusen för den personal som uppfyller yrkeskraven. Dessa effekter kunde man bland annat se inom hälso- och sjukvården när legitimationskrav infördes. Den särskilde utredaren bör ha till uppgift att ta fram förslag på hur en grundläggande kompetensnivå inom vården och omsorgen om äldre bör utformas och eventuellt regleras. En lägsta nivå bör baseras på faktisk kompetens. Utredaren bör även föreslå på vilket sätt yrkeskraven bäst genomförs i praktiken. Ett exempel på en fråga som bör utredas är om en anställd utan fullgod kompetens bör vara tvungen att arbeta under handledning, eller om fullgott yrkeskunnande bör vara ett krav för t.ex. fast anställning.

Från kompetensförsörjningssynpunkt är det angeläget att personer som överväger att utbilda sig till arbete inom äldreomsorgen vet vilka krav på yrkeskompetens som finns och att dessa är gemensamma för hela riket. Om en arbetsgivare lätt kan utläsa vilken kompetens en arbetssökande har ökar möjligheterna till rörlighet inom landet. Gemensamma yrkeskrav bidrar till en mer förutsebar och tydlig arbetsmarknad. Det grundläggande motivet för att definiera gemensamma nationella yrkeskrav är dock att värna god kvalitet i vård- och omsorgstjänsterna, både när det gäller vård och omsorg som upphandlas och som bedrivs i kommunal regi.

Det är angeläget att tydliggöra och höja statusen på omvårdnadsyrket och att underlätta personalrörligheten inom landet. Därför bör den särskilde utredaren överväga om särskilda bevis på yrkeskompetens för omvårdnadspersonalen bör införas.

Målgruppen är personal som utför insatser som stöd, service, omvårdnad, omsorg, habilitering och rehabilitering inom vården och omsorgen om äldre. Hit räknas alltså inte t.ex. vaktmästare, lokalvårdare och receptionister och inte heller kokerskor eller ekonomibiträden, även om arbete i t.ex. måltidsituationen, kost och mat är viktiga för målgruppen.

#### *Kompetenssystem för yrkesutveckling*

Det är angeläget att utbildningsvägar kan skapas som gör det möjligt för omvårdnadspersonal att utveckla sitt yrkeskunnande i en specialiserad riktning inom det breda område som service, stöd, omvårdnad, habilitering och rehabilitering utgör. Sådana utbildningsvägar bör arbetas fram i nära samarbete med parterna och bygga på de erfarenheter som Kompetensstegens arbete givit. Eftersom kunskapstillväxten är kontinuerlig bör också utbildningsvägarna vara påbyggnadsbara. På sikt bör ett nationellt system för kompetensutveckling ge goda effekter t.ex. genom ökad kvalitet i vården om de mest sjuka äldre men även för de anställda själva som får förbättrade möjligheter till erkännande av yrkeskunnande och karriärutveckling. För huvudmännen innebär personalens ökade yrkeskunnande möjligheter till både kvalitetsförbättringar och effektivitetsvinster.

#### *Nationella yrkesbenämningar bör fastställas*

Det finns en mängd befattningsbenämningar inom vården och omsorgen om äldre: undersköterska, vårdbiträde, hemvårdare, skötare, vårdare, hemsamarit, hemtjänstbiträde, hemsjukvårdare, vårdassistent. Inom kommunernas vård och omsorg om äldre dominerar benämningarna vårdbiträde och undersköterska. Många av dem som återfinns bakom de olika titlarna arbetar med likartade uppgifter och skillnaden kan i många fall förklaras av historiska orsaker och olika lokala traditioner. De av huvudmännen formulerade kraven på yrkeskompetens är också skiftande och upprätthålls i varierande grad. Regeringen bedömer att det finns ett behov av att på nationell nivå införa enhetliga yrkesbenämningar och precisera de grundläggande kompetenskraven för sådana benämningar. Yrkesgruppen bör ges en bättre professionell status. Detta krävs för att

samhället skall kunna erbjuda vård och omsorg av god kvalitet. Snabba förändringar av behov av insatser ställer stora krav på kompetens och flexibilitet hos omvårdnadspersonalen. Ytterligare ett skäl att stärka omvårdnadspersonalens yrkesstatus är att det kan få fler personer att intressera sig för att skaffa sig den yrkeskompetens som krävs och att söka sig till arbete inom området. Det är viktigt att arbetet med att fastställa nationella yrkesbenämningar sker i nära dialog med huvudmännen och de fackliga organisationerna. Socialstyrelsen har utarbetat ett förslag till kompetensbeskrivning för omvårdnadspersonal. ”Omvårdnadsassistentens kompetens” som har remissbehandlats.

#### *Introduktionsutbildningar*

Det är viktigt att nyanställda slussas in i arbetet på ett bra sätt. Det är en svår situation att arbeta i någon annans hem och det ställer krav på både omvårdnadskunskap och ett genomtänkt förhållningssätt. För närvarande ges inte alltid nyanställd personal den introduktionsutbildning som är nödvändig. Varje nyanställd person på en arbetsplats bör ges en introduktionsutbildning som är anpassad såväl till arbetsplatsen som till medarbetarens behov. Detta är nödvändigt för att ge den nyanställda rimliga förutsättningar för sitt arbete och kan vara avgörande för såväl den anställdes intresse av att arbeta kvar som för hur den äldre uppfattar omsorgen. I den särskilde utredarens uppdrag bör även ingå att belysa på vilket sätt arbetsgivare skall förmås att ge fullgod introduktionsutbildning och skapa förutsättningar för att personalen inom rimlig tid når upp till de fastlagda yrkeskraven.

#### *Gymnasial vuxenutbildning*

De flesta som rekryteras med omvårdnadskompetens i dag har skaffat sig denna inom den kommunala vuxenutbildningen. Denna torde även i framtiden bli den volymmässigt främsta rekryteringsbasen. Det finns dock skäl att understryka vikten av att olika former att tillägna sig grundläggande yrkeskompetens inom omvårdnad utvecklas och görs mer attraktiva.

Läsåret 2003/2004 deltog drygt 16 000 studerande i kursen Omvårdnad, cirka 15 000 studerande i Medicinsk grundkurs, cirka 14 000 personer i Etik och livsfrågor, drygt 13 000 i Vård och omsorgsarbete samt knappt 12 000 personer i kursen Social omsorg. Dessa kurser utgör den största andelen kurser med yrkesinriktning på gymnasial nivå.

#### *Utveckla former för flexibelt yrkeslärande*

Om en tänkt lägsta nivå på omvårdnadsutbildning motsvarande omvårdnadsprogrammet läggs som yrkeskrav innebär det att många av dem som anställs behöver utbildning motsvarande en ettårig omvårdnadsutbildning. Genom validering kan omfattningen av kurserna för många anställda begränsas. Även om mycket av utbildningsbehoven kan täckas med arbetsplatsförlagd utbildning och validering av befintliga kunskaper finns ett behov av utbildningsvägar utanför arbetsplatsen. Utbildningen



kan rikta sig både till dem som redan arbetar inom omsorgen och till dem som saknar erfarenhet från äldreomsorgen men som vill arbeta där. Det är viktigt att utbildningen till sin form är flexibel eftersom den riktar sig till olika målgrupper med skiftande behov. Det är angeläget att undanröja de hinder som finns för att redan anställd personal samt personer som söker sig till vården och omsorgen ges möjlighet att tillägna sig grundläggande yrkeskompetens. En sådan fråga är hur arbete och lärande kan förenas på eller i anslutning till arbetsplatsen. En annan fråga är hur samverkan mellan arbetsliv och utbildningsanordnare bör utformas för att dessa skall stödja varandra på ett bra sätt. En tredje fråga är hur formerna för vuxenlärande knutet till arbetsplatserna bör utformas och vilka förutsättningar som krävs för att denna form av lärande skall vara framgångsrik. Ytterligare en viktig fråga är hur kostnaderna som uppkommer för detta lärande skall fördelas. Den särskilde utredaren skall överväga dessa frågor med syftet att få till stånd en väsentligt utökad volym på det grundläggande yrkeslärandet inom omvårdnadsområdet.

I enlighet med de tilläggsdirektiv som regeringen gav Kompetensstegen i januari 2006 (dir. 2006:26) kommer en försöksverksamhet att genomföras tillsammans med ett mindre antal kommuner. Det rör formella utbildningsinsatser som organiseras och genomförs som en både verksamhetsbaserad och verksamhetsplacerad utbildning som kombinerar formell och informell utbildning med individuellt och organisatoriskt lärande.

Syftet med försöksverksamheten är att:

- Pröva alternativa former för en formell kompetensutveckling/utbildning för vuxna som vill kombinera arbete inom äldreomsorgen med studier inom området.
- Undersöka möjligheten för äldreomsorgsverksamheten att få ett större inflytande över och större delaktighet i såväl innehåll som genomförande av utbildning och kompetensutveckling.
- Tydliggöra innehållet i en omvårdnadsutbildning med inriktning mot äldreomsorg genom att utbildningsinsatsen utgår ifrån att relevanta nationella kurser delats upp i mindre delkurser/moduler.
- Beräkna kostnaden för en verksamhetsbaserad och verksamhetsplacerad utbildningsmodell och jämföra med kostnader för de i dag vanligaste formerna för jämförbara utbildningsinsatser.

Bland de områden som är aktuella i försöket med särskilda delkurser/utbildningsmoduler kan nämnas demens, bemötande och etik, fallskador och rehabilitering, palliativ vård, läkemedelshantering, mat och nutrition samt dokumentation och IT.

Regeringen gav i november 2004 Kompetensstegen i uppdrag att knyta en arbetsgrupp till sig med uppdrag att ta fram modeller för hur verksamhetsnära kompetensutveckling på ett bättre sätt kan systematiseras. Enligt kommitténs direktiv kan karriärvägar och utvecklingsmöjligheter för personalen tydliggöras t.ex. genom utarbetande av relevanta påbyggnadsbara kursmoduler. Kompetensstegen har i enlighet med regeringens direktiv tillsatt en arbetsgrupp med berörda aktörer på området som bl.a. har gjort en kartläggning av vilka kommuner som i dag arbetar med verksamhetsnära utbildningsmodeller inom vård och omsorgsområdet. Denna kartläggning samt de resultat och erfarenheter som nämnda försöksverksamhet kommer att ge, utgör sammantaget ett viktigt underlag i

arbetet med att föreslå åtgärder för att tydliggöra och stärka omvårdnadsprofessionen. När försöksverksamheten genomförs bör därför denna fråga enligt regeringens uppfattning överföras från Kompetensstegen till den särskilda utredare som regeringen föreslår skall tillkallas.

I detta sammanhang bör nämnas att kvalificerad yrkesutbildning (KY) och annan formell vidareutbildning är viktig för att stärka omvårdnadsprofessionen.

### *Nationell likvärdighet i validering*

Validering är en process som innebär en strukturerad bedömning, värdering, dokumentation och erkännande av kunskaper och kompetens som en person besitter oberoende hur de har förvärvats. Som tidigare konstaterats saknar i dag 40 procent av omvårdnadspersonalen formell omvårdnadsutbildning. Detta innebär inte att alla dessa personer saknar relevant kompetens. Tvärtom kan man anta att många genom sitt arbete har förvärvat omfattande kompetens inom omvårdnadsyrket. En ökad satsning på validering innebär att fler kan få ett bevis på sin kompetens och att behov av kompletterande moment ifråga om kunskaper, färdigheter och personlig utveckling kan identifieras. En utvecklad validering kan dels bidra till att stärka omvårdnadspersonalens yrkesstatus, dels tydliggöra behoven av kompetensutveckling. För arbetsgivare och utbildningsanordnare innebär validering inte sällan att kostnader kan begränsas, jämfört med om den enskilde skulle ha genomgått samtliga delar i ett utbildningsprogram.

### *Specialiserad yrkeskompetens*

För de som når upp till yrkeskraven och är anställda inom vården och omsorgen om äldre behövs tydligare utvecklingsvägar. I den särskilde utredarens uppdrag skall därför även ingå att ta fram förslag på ett antal nationella påbyggnadsutbildningar som ger specialiserad yrkeskompetens. Sådan specialiserad yrkeskompetens skulle exempelvis kunna ges inom områden som demens, palliativ vård, rehabilitering, handledarkunskap/pedagogik etc.

Regeringen kommer att nära följa utvecklingen inom kompetensförsörjningsområdet och fortlöpande återkomma i frågan under perioden för utvecklingsplanens genomförande.

## 10.3 Rekryteringsbehov och arbetsmiljö

En pågående generationsväxling innebär att en betydande del av personalen inom vården och omsorgen om äldre kommer att lämna arbetslivet fram till år 2015. Enligt de beräkningar som de tio myndigheterna bakom Investera nu! genomfört beräknas en brist i arbetskraften på cirka 200 000 personer med omvårdnadsutbildning uppkomma till år 2015 med nuvarande utbildningsdimensionering.

De flesta som arbetar inom vården och omsorgen om äldre tycker att de utför ett viktigt och meningsfullt arbete. Socialstyrelsen har dock i

flera undersökningar visat att många har en negativ uppfattning om sin chef och framförallt är man kritisk mot förvaltningsledningen och kommunledningen. Arbetet upplevs som krävande och majoriteten anser att karriär- och utvecklingsmöjligheterna är dåliga. Kvaliteten på ledarskapet är en av de viktigaste faktorerna till trivsel i arbetet. Cheferna är således nyckelpersoner för att främja ett bra arbetsklimat och för att utveckla verksamhetens kvalitet.

Till positiva faktorer kan räknas meningsfulla arbetsuppgifter, god arbetsgemenskap och kontakten med de äldre. Det negativa är framförallt att arbetet är fysiskt och psykiskt påfrestande, en låg lön, att man känner sig otillräcklig, tidspress, brist på kompetensutveckling, otillräcklig arbetsledning och att man arbetar i en trög organisation.

### *Ökad mångfald bland äldreomsorgens personal*

Vård- och omsorgsarbetet är en kvinnodominerad verksamhet. Över 90 procent av dem som arbetar inom kommunernas vård och omsorg om äldre är kvinnor. De yrken inom vård och omsorg där andelen män är störst är sjukgymnaster, personliga assistenter och arbetsledare. Störst andel män finns i storstadsregionerna och minst i mindre kommuner. Regeringen anser att det är angeläget att ett ökat antal män väljer vård och omsorg om äldre som yrke. En sådan förändring är angelägen för att bredda rekryteringsbasen, för att utveckla verksamhetens kvalitet samt för arbetsliv och anställningsvillkor. Jämställdhetsarbetet bör inte enbart innebära att kvinnor söker sig till traditionellt manliga yrken, utan även att män söker sig till traditionellt kvinnliga. Ett steg för att lyckas är att ge äldreomsorgens yrken en tydligare identitet, bland annat genom att kompetenskraven och yrkesbenämningarna klargörs. Andra förutsättningar är att arbetsförhållanden och villkoren i arbetet förbättras. Dessa åtgärder är av vikt för både kvinnor och män i valet av yrke.

### *Ta tillvara de erfarna medarbetarnas kompetens – möjliggör för fler att arbeta längre*

De erfarna medarbetarnas kompetens måste tas tillvara och de måste ges bättre möjligheter att stanna kvar längre i arbetslivet än vad som är fallet i dag. Detta är inte minst viktigt i mötet i den äldres hem. I en undersökning av Arbetslivsinstitutet framgår att ett betydande skäl till att medarbetare tror sig komma att sluta arbeta före uppnådd pensionsålder är att deras kompetens inte tas tillvara och att möjligheterna till utveckling är små. Äldre erfarna arbetstagare har ofta en särskild kompetens som, bortsett från formell utbildning, ger insikt och omdömesfullhet. Utöver yrkeserfarenhet har de också en livserfarenhet som är värdefull. De kan ge goda råd och se det väsentliga i olika frågeställningar. Sådana egenskaper är bra exempelvis vid problemlösning.

För att få fler att stanna kvar längre i arbetet inom omsorgen om äldre bör arbetsinnehållet utvecklas. För att ta tillvara erfarenheter kan man t.ex. i större grad engagera erfarna medarbetare i mentorskap, handledning, internutbildning m.m. Erfarna äldre medarbetare bör få en individuell utvecklingsplan som inventerar vilka arbetsuppgifter som kan till-

föras och vilka moment som kan undvikas. Detta är ett arbetsgivaransvar. Arbetsgivarna måste bedriva ett systematiskt arbetsmiljöarbete och undersöka, genomföra och följa upp verksamheten på ett sådant sätt att ohälsa och olycksfall förebyggs. Flexibla och individuella lösningar där arbetet anpassas till individens psykologiska och fysiska behov och förutsättningar är av vikt. Förändringar i arbetstid och arbetsuppgifter, flexibel nedtrappning av arbetet, och tid för återhämtning är några lösningar som särskilt gynnar äldre.

### *Arbetsmiljön behöver förbättras*

Det är av vikt att skapa arbetsförhållanden som främjar hälsa. Av dem som arbetat i mer än trettio år och fortfarande arbetar har en fjärdedel varaktiga problem som de förknippar med arbetsmiljön. En mycket hög andel av personalen inom vård och omsorg upplever sitt arbete som alltför ansträngande. Arbetets krav måste följa människokroppens naturliga biologiska förändringar. Det tar mycket längre tid för en äldre person att återhämta sig efter en ansträngning än för en ung individ. Det räcker naturligtvis inte med att lägga arbetet tillrätta för äldre medarbetare. Även om verkningarna i form av förtidspensionering visar sig tydligast i åldersgruppen över 60 år börjar processen långt tidigare.

Flera studier visar att vården och omsorgen är en av de branscher där personalen fick en försämrad arbetsmiljö under 1990-talet även om vissa förbättringar kan skönjas på senare år. Möjligheterna att påverka arbetet är relativt begränsade, arbetsbelastningen, såväl fysiskt som psykiskt, är hög och personalen kan inte alltid ge den vård och omsorg som de äldre behöver. Förbättringar av den fysiska arbetsmiljön har kunnat ske där dåliga och trånga lokaler ersatts av nya mer ändamålsenliga. Trånga och bristfälliga lokaler i olika särskilda boenden är fortfarande ett problem. Trånga hygienutrymmen gör t.ex. att personalen får arbeta i vridna och böjda arbetsställningar samtidigt som de gör tunga lyft.

Den tekniska utvecklingen har också medfört förbättringar. I dag finns tekniska lösningar som kan användas i de flesta moment i arbetet men de används av olika skäl inte fullt ut. Detta kan bero på resursbrist, kunskapsbrist, tidsbrist eller att den äldre inte accepterar att man använder tekniska hjälpmedel.

Den fysiska miljön är viktig men det finns också andra påverkande faktorer. Bland dessa är exempelvis den psykosociala miljön, personalens möjligheter till delaktighet och äldreomsorgens organisering viktiga att föra fram som förbättringsområden.

Det finns brister i arbetsgivarföreträdarnas kunskaper om arbetsmiljölagstiftningen. Dessa behöver förbättras för att kunna utveckla det lokala arbetsmiljöarbetet. Det krävs dock mer än rena utbildningsinsatser. Arbetsmiljöaspekter behöver uppmärksammas i hela processen från politiska beslut till det praktiska genomförandet som vårdplanering, biståndsbeslut och arbetets utförande. Det är arbetsgivarens ansvar att vidta arbetsmiljöåtgärder och att snabbt sätta in de rehabiliteringsinsatser som behövs.

Sjukfrånvaron och arbetsskadorna ligger på en hög nivå bland personalen inom vård och omsorg om äldre. Att arbeta med människor skapar normalt engagemang och tillfredsställelse, men när det saknas förutsättningar för att utföra ett professionellt arbete, t.ex. beroende på underbemanning och otydliga förväntningar på arbetsinsats, uppstår känslor av otillräcklighet som bidrar till psykisk påfrestning och utveckling av ohälsa. En växande andel av personalen anser att arbetet är psykiskt och fysiskt påfrestande och att man har för mycket att göra. Omorganisationer, känsla av bristande delaktighet, otillräckliga utvecklingsmöjligheter och bristande möjligheter för arbetsledningen att ge tillräckligt stöd bidrar till ohälsan. Enligt Arbetsmiljöverkets tillsyn av den sociala omsorgen får drygt en av tre aldrig eller nästan aldrig stöd och uppmuntran av chefen. Mer än var fjärde arbetstagare får aldrig eller nästan aldrig vara med och besluta om uppläggningsen av det egna arbetet. Var femte uppger att det är svårt att framföra kritiska synpunkter på arbetsförhållandena.

Chefer och arbetsledare har avgörande betydelse, både för att skapa goda arbetsförhållanden för personalen och för att utveckla verksamheten. Men ett väl fungerande ledarskap förutsätter att chefer och arbetsledare har både tid och kunskaper för sitt uppdrag, och att de får stöd i sitt arbete i organisationen. Dessa förutsättningar saknas i många fall, enligt en tillsynsrapport från Arbetsmiljöverket om arbetsmiljön för enhetschefer inom kommunal äldre- och handikappomsorg. Det stora antalet medarbetare och omfattande uppdrag som många ledare har, leder till att deras arbete ofta domineras av administrativa uppgifter. Enhetscheferna har fått allt fler ansvarsområden och fler arbetsuppgifter. Det kan exempelvis vara ökade krav på dokumentation, större ansvar för ekonomin och krav på att arbeta med rehabilitering av långtidssjukskriven personal. Detta i kombination med minskat administrativt stöd, ökad vårdtyngd och mer komplicerade omsorgsbehov hos vårdtagarna har minskat utrymmet för andra arbetsuppgifter som ingår i arbetsledarrollen. Det kan vara svårt att hinna med handledning av personal, arbetsmiljöarbete samt långsiktigt utvecklings- och personalarbete. Samtidigt är det angeläget att inte beskriva problemet enbart som effekt av brist på tid. Brist på kompetens kan vara en annan faktor liksom brist på stödfunktioner för ledare. Medarbetarnas kompetensutveckling genom lärande på arbetsplatsen ställer krav på arbetsledningens stöd i form av bl.a. handledning. Denna utveckling tydliggör behovet av avlastning av arbetsledare. Arbetsledarna behöver få ett aktivt stöd både för en roll som pedagogiska handledare och för verksamhetsutveckling. Genom Kompetensstegens stöd prövas nu runt om i landet olika modeller för ledarskapsutveckling. Ett exempel är en ledarutbildning med fokus på temat "chefen som motor i utvecklingen". Genom en sådan utbildning får arbetsledarna kunskap om betydelsen av lärande på arbetsplatsen samt former och arbetsätt för ett utvecklingsinriktat lärande.

**Regeringens bedömning:** Ansvaret för att förverkliga utvecklingsplanen vilar gemensamt på staten, kommunerna och landstingen. Under de kommande tio åren bör huvudmännens utveckling av äldreomsorgen främjas. Regeringen avser att verka för en sådan utveckling genom t.ex. förtydliganden i regelverket, bättre system för kvalitetsutveckling och uppföljning och genom riktade stimulansåtgärder inom strategiskt viktiga områden. Socialstyrelsens uppgift är att leda, samordna och koordinera genomförandet av utvecklingsplanen, stimulera och stödja initiativ som kan ge långsiktigt positiva effekter på kvalitetsutvecklingen, ansvara för kontinuerlig dialog och samverkan med kommuner och andra berörda samt på nationell nivå ansvara för uppföljning och utvärdering av såväl utvecklingsinsatser som resursförstärkning.

Regeringen bedömer att det behövs medel för Socialstyrelsens arbete med att genomföra och följa upp utvecklingsplanen. Regeringen avser att återkomma i 2006 års ekonomiska vårproposition

**Skälen för regeringens bedömning:** Om drygt tio år förväntas andelen personer med behov av äldreomsorg att öka kraftigt. Förutom att antalet personer med omsorgsbehov kommer att öka förväntas även kraven från enskilda på en individuellt anpassad omsorg av god kvalitet att öka. För att samhället ska stå bättre rustat inför de väntade ökande kraven behövs redan nu stimulansåtgärder för att genom kvalitetsutveckling, förebyggande åtgärder, effektiviseringar, forskning och utveckling skapa förutsättningar för en äldreomsorg av god kvalitet även på lång sikt. Detta är ett gemensamt ansvar för huvudmännen och staten. Den nationella utvecklingsplanen syftar till att stödja utvecklingen av vård och omsorg om äldre. Regeringen prioriterar de närmaste åren dels att stödja huvudmännen att avhjälpa aktuella brister och höja kvaliteten inom hemsjukvården och dels att genom åtgärder på central nivå skapa förutsättningar för en äldreomsorg av god kvalitet även på lång sikt.

Utvecklingsplanen för vård och omsorg om äldre innehåller en rad lagförslag, beskrivningar av områden som behöver utvecklas och förslag till åtgärder. De förslag som riktar sig till statliga myndigheter kommer att beredas i särskild ordning. Detta gäller även t.ex. stöd till forskning. De flesta åtgärdsförslagen riktar sig dock till kommuner och landsting och de verksamheter som kommuner och landsting, oavsett driftsform, har ansvar för. Regeringen bedömer att det under den närmaste tioårsperioden behövs förstärkta resurser för att stödja huvudmännen i deras arbete att öka kvaliteten och att genomföra lokala utvecklingsplaner för vården och omsorgen om äldre.

Parallellt kommer ett arbete att påbörjas där huvudmännen, med nära stöd av Socialstyrelsen, uppmanas att utarbeta lokala utvecklingsplaner för äldreomsorgen. Regeringen bedömer att resurser behövs för att Socialstyrelsen skall kunna bygga upp en väl fungerande verksamhet där kommuner och landsting kan få aktivt stöd för att utveckla sin verksamhet. Socialstyrelsen ges i uppdrag att i samverkan med Sveriges kommuner och landsting ta fram, samla in och sprida goda exempel på en effek-

tiv och väl fungerande vård och omsorg om äldre av god kvalitet. Regeringen återkommer i 2006 års ekonomiska vårproposition angående 2006 och behovet av medel för därefter följande år.

Till Socialstyrelsen skall knytas en särskild referensgrupp med intressenter från kommunal, regional och statlig nivå, arbetstagar- och pensionsorganisationer. Referensgruppen skall fungera som ett samrådsorgan för utvecklingen av vård och omsorg om äldre och för genomförandet av utvecklingsplanen. Regeringen avser att kontinuerligt återkomma till riksdagen med nya initiativ för äldreomsorgens utveckling samt rapportering om utvecklingsplanens genomförande. En första rapport beräknas hösten 2008.

## 12 Ekonomiska konsekvenser

Regeringen bedömer att det behövs medel för utvecklingsplanens genomförande. Regeringen återkommer i 2006 års ekonomiska vårproposition angående 2006 och behovet av medel för därefter följande år.

Regeringen bedömer att det behövs medel för personalförstärkning och åtgärder för att uppnå en kvalitetshöjning inom vården av de mest sjuka äldre. Medlen skall bl.a. användas till rehabilitering, nutritionsarbete, läkemedelsgenomgångar och förstärkt läkarmedverkan. Regeringen bedömer även att det år 2007 behövs medel för att stimulera en kvalitetshöjning i demensvården.

Det är regeringens uppfattning att äldre personers möjligheter att finna goda alternativ för sina önskemål om boende behöver utvecklas. Därför avser regeringen att tillsätta en delegation med uppdrag att följa och analysera behoven och utvecklingen av boendefrågor för äldre. Regeringen bedömer att det behövs medel för denna delegation år 2006 och år 2007.

Regeringen bedömer att det år 2007 behövs medel för stöd till nybyggnad av, ombyggnad av och ombyggnad till särskilda boendeformer för äldre.

För att stödja forskning och utveckling om äldre och åldrande bedömer regeringen att det behövs medel till Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS) och Socialstyrelsen. Socialstyrelsen skall för dessa medel utveckla ett nationellt kompetenscentrum för vård och omsorg om äldre där anhörigfrågor och demensfrågor ingår.

Bra teknikstöd ger ökad säkerhet, förenklar rutiner och administration för vårdpersonalen, förbättrar tillgängligheten till vård och omsorg samt ger enskilda personer ökade möjligheter till vård och omsorg samt ger enskilda personer ökade möjligheter till självbestämmande och delaktighet. Enligt regeringens bedömning behövs det medel för att stödja strategiskt viktig teknikutveckling inom äldreområdet.

Förebyggande insatser riktade mot äldre kan medföra stora vinster för både individen och samhället. Regeringen bedömer att det behövs medel till kommunerna för att förstärka deras förebyggande och hälsofrämjande arbete riktat mot äldre kvinnor och män. Vidare bedömer regeringen att det behövs medel för att stimulera utvecklingen av äldreomsorg anpassad för ett mångkulturellt samhälle. Regeringen bedömer även att det behövs

medel för den rapporteringsskyldighet som skall bidra till stärkt rättssäkerhet för äldre. Något behov av ytterligare resurser till länsstyrelserna med anledning av förslagen för stärkt rättssäkerhet bedöms i dagsläget inte finnas. Något behov av resurstillskott till de allmänna förvaltningsdomstolarna med anledning av förslaget om sanktionsavgifter bedöms inte finnas.

Regeringen bedömer att Socialstyrelsen behöver medel för uppdraget att ansvara för att det genomförs nationella brukarundersökningar inom äldreomsorgen.

Under de kommande tio åren avser regeringen att genom t.ex. förtydliganden i regelverket, bättre system för kvalitetsutveckling och uppföljning och genom riktade stimulansåtgärder inom strategiskt viktiga områden främja huvudmännens utveckling av äldreomsorgen. Socialstyrelsen kommer att få i uppdrag att genomföra och följa upp utvecklingsplanen. Regeringen bedömer att det behövs medel för detta arbete. Även andra myndigheter kan komma att få uppdrag inom ramen för utvecklingsplanen, t.ex. kan länsstyrelserna få i uppdrag att administrera stimulansmedel. Regeringen kommer att inom ramen för bedömda behov av stimulansmedel kompensera myndigheterna för eventuella merkostnader i samband med sådana uppdrag.

Övriga förslag medför enligt regeringens bedömning i nuläget inte några ekonomiska konsekvenser.

## 13 Ikraftträdande och övergångsbestämmelser

Den nya lagen om kommunal befogenhet att tillhandahålla servicetjänster åt äldre samt ändringarna kommunallagen (1991:900) och socialtjänstlagen (2001:453) föreslås träda i kraft den 1 juli 2006. Lagändringarna i övrigt föreslås träda i kraft den 1 januari 2007.

När det gäller särskild avgift med anledning av dröjsmål med att verkställa en kommuns gynnande beslut enligt socialtjänstlagen (2001:453), får enbart tid från och med lagens ikraftträdande beaktas vid bedömningen av om skälig tid har överskridits. Detsamma gäller särskild avgift med anledning av dröjsmål med att verkställa en kommuns gynnande beslut eller en domstols gynnande avgörande enligt socialtjänstlagen, om verkställigheten av beslutet eller domen har avbrutits. Övergångsbestämmelser krävs för att de nya reglerna om sanktionsavgifter inte skall kunna tillämpas för retroaktiv tid i dessa avseenden.

Beträffande förslagen till lagändringar i övrigt bedöms inte några övergångsbestämmelser vara nödvändiga.



### 14.1 Förslaget till lag om kommunal befogenhet att tillhandahålla servicetjänster åt äldre

#### 1 §

I *första stycket* ges en kommunal befogenhet, ingen skyldighet, att tillhandahålla servicetjänster åt personer som fyllt 67 år. Detta kommer till uttryck genom att kommunen *får* tillhandahålla servicetjänster. Kommunen beslutar vilka tjänster som skall erbjudas, i vilken utsträckning, samt vilken åldersgrupp (67 år eller därutöver) som skall omfattas.

I *andra stycket* stadgas att med servicetjänster avses tjänster som är avsedda att förebygga skador, olycksfall eller ohälsa och som inte utgör personlig omvårdnad. Se avsnitt 9.2.5.

#### 2 §

Kommunen ges i paragrafen befogenhet att ta ut skäliga avgifter för servicetjänster. Kommunen får differentiera avgifterna med beaktande av den enskildes betalningsförmåga. Avgifterna får inte överstiga kommunens självkostnader. Det innebär att det samlade avgiftsuttaget inom verksamheten med servicetjänster inte väsentligt får överstiga kommunens kostnader för verksamheten inklusive eventuell mervärdesskatt som kommunen är skyldig att betala. Se avsnitt 9.2.7.

#### 3 §

I paragrafen tydliggörs att kommunens skyldigheter att tillhandahålla hemtjänst enligt 4 kap. 1 och 2 §§ socialtjänstlagen (2001:453, SoL) inte inskränks genom att kommunen tillhandahåller servicetjänster. Det innebär att när en behovsbedömning görs enligt SoL kan det inte anses att behovet är tillgodosett genom att kommunen erbjuder servicetjänster. Se avsnitt 9.2.5.

#### 4 §

I fjärde paragrafen stadgas att den eller de nämnder som avses i 2 kap. 4 § första stycket SoL, dvs. vad som i SoL benämns socialnämnden, skall ha hand om verksamhet enligt lagen. Stadgandet medför bl.a. att verksamheten enligt lagen kommer att omfattas av sekretess inom socialtjänsten enligt 7 kap. 4 § sekretesslagen (1980:100), se avsnitt 9.2.6.

### 14.2 Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

#### 2 a §

I *första stycket* förtydligas att god vård även innebär att tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården. Vidare klargörs i andra stycket att olika insatser för patienten skall samordnas på ett ändamålsenligt sätt. Se avsnitt 5.1.5.

**3 d §**

Enligt 18 c § skall kommunen i samband med hälso- och sjukvård enligt 18 § första stycket tillhandahålla förbrukningsartiklar på sätt anges i 3 d §. Beträffande behörigheten att förskriva förbrukningsartiklar gäller vad som föreskrivs i 3 d §. Enligt 3 d § skall landstinget i andra fall erbjuda dem som är bosatta inom landstinget och som på grund av allvarlig sjukdom eller efter behandling för sådan sjukdom är i fortlöpande behov därav, förbrukningsartiklar som behövs vid urininkontinens, urinretention eller tarminkontinens. Sådana förbrukningsartiklar får förskrivas av läkare samt av annan hälso- och sjukvårdspersonal som Socialstyrelsen förklarat behörig. I paragrafens nuvarande lydelse görs dock felaktigt en hänvisning till 18 b § i stället för 18 c §. Ändringen består endast i en rättelse av denna hänvisning.

**18 §**

I *tredje stycket* tas kravet på regeringens medgivande för att en kommun skall kunna ta över ansvaret för hemsjukvård bort. I dag görs en felaktig hänvisning till 3 c § i stället för till 3 d §. Denna hänvisning rättas.

Ändringarna i *fjärde stycket* är en följd av att kommunen i 26 c § ges en rätt att anlita läkare. Se avsnitt 5.1.2 och 5.1.3.

**26 c §**

Paragrafen är ny.

I bestämmelsens *första stycke* uppställs krav på landstinget att bidra med läkarmedverkan i särskilda boende och i dagverksamhet samt i ordinarie boende i de fall kommunen genom avtal med landstinget övertagit ansvaret för vården i ordinärt boende, s.k. hemsjukvård. Det innebär att läkarmedverkan skall ske så att målet för och kraven på hälso- och sjukvården, som framgår av 2 § respektive 2 a, 2 b och 2 c §§ tillgodoses. Av ett tillägg till 2 a § följer dessutom att hälso- och sjukvården skall vara sådan att patienternas behov av kontinuitet och säkerhet i vården tillgodoses samt att olika insatser för patienten skall samordnas på ett ändamålsenligt sätt.

Den läkarmedverkan som behövs i hemsjukvården skall även tillgodoses de enskildas behov av en sådan fast läkarkontakt som anges i 5 § andra stycket hälso- och sjukvårdslagen. Där föreskrivs att landstinget skall organisera primärvården så att alla som är bosatta inom landstinget får tillgång till och kan välja en fast läkarkontakt.

Den landstingsanställda läkaren i den kommunala vården ska även akut kunna ge nödvändiga insatser i olika boendeformer där kommunen ansvarar för vården. Läkarens uppgift innebär vidare att regelbundet besöka de boende samt svara för stöd till olika yrkesutövare i deras respektive yrkesroller.

Enligt *andra stycket* skall landstinget och kommunerna inom landstinget sluta avtal om omfattningen av och formerna för läkarmedverkan. Utgångspunkten för avtalen är målet för och kraven på hälso- och sjukvården som framgår av hälso- och sjukvårdslagen. Avtal skall träffas med samtliga kommuner men det finns inget som hindrar att landstinget har olika avtal med de olika kommunerna.

Enligt *tredje stycket* har kommunen rätt att anlita läkare och få ersättning för det från landstinget om landstinget inte fullgör sina skyldigheter

enligt avtalet. Det är viktigt att parterna i avtalet reglerar frågan om ersättning. De kan t.ex. välja att avtala om att kostnaderna skall beräknas i enlighet med lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning och förordningen (1994:1121) om läkarvårdsersättning. Se avsnitt 5.1.3.

## **26 d §**

Paragrafen är ny.

De läkarinsatser som avsätts för enskilda i deras hem medför inte något minskat ansvar för sådana läkarinsatser och andra specialistinsatser som enskilda kan behöva från sjukhusens specialistvård och öppen hälso- och sjukvård som kräver särskild kompetens. Den sjukhusanknutna hemsjukvården och sådan öppen hälso- och sjukvård som kräver särskild kompetens skall alltså inte ingå i de läkarresurser som landstingen skall avsätta för den kommunala hemvården. Enskilda kan behöva hälso- och sjukvårdsinsatser utöver vad kommunen skall svara för enligt 18 § första eller andra stycket och utöver vad som skall ingå i sådana läkarinsatser som anges i 26 c §. Det kan gälla såväl specialistsjukvård som habilitering och rehabilitering som inte ingår i kommunens ansvar. Sådana insatser skall den enskilde få genom landstingets försorg. I paragrafen stadgas att landsting och kommuner skall samverka så att enskilda alltid kan få den hälso- och sjukvård, de personliga hjälpmedel samt förbrukningsartiklar enligt 3 d § som deras tillstånd kräver. Detta i syfte att den enskilde skall få så god hälso- och sjukvård som möjligt. Insatser för habilitering och rehabilitering är en del av hälso- och sjukvården och innefattas därför av bestämmelsens räckvidd. Bestämmelsen påverkar inte de sekretessbestämmelser som finns i landstingens och kommunernas verksamhet. Se avsnitt 5.1.7.

## 14.3 Förslaget till lag om ändring i kommunallagen (1991:900)

### **9 kap.**

#### 10 §

De ärenden som kan komma att granskas kan innehålla information som är känslig ur integritetssynpunkt. Sekretess gäller dock hos kommunen om revisorerna får del av uppgifter för vilka sekretess gäller (se 13 kap. 1 § sekretesslagen [1980:100]). Se avsnitt 8.8.2.3.

## 14.4 Förslaget till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453)

### **16 kap.**

#### **6 a §**

Förslaget i paragrafens *första stycke* behandlas i avsnitt 8.8.3.1. Där föreskrivs att en kommun som inte inom skälig tid tillhandahåller bistånd enligt 4 kap. 1 § som någon är berättigad till enligt ett beslut av socialnämnden skall åläggas att betala en särskild avgift. En särskild avgift skall även kunna åläggas i fall då verkställigheten av ett beslut avbrutits. I första stycket föreskrivs därför vidare att en kommun som inte inom skälig

tid på nytt tillhandahåller biståndet efter det att verkställigheten av ett beslut enligt 4 kap. 1 § avbrutits, skall åläggas att betala en särskild avgift.

Förslaget i paragrafens *andra stycke* behandlas i avsnitt 8.8.5. Enligt förslaget skall en kommun som *inte inom skälig tid tillhandahåller* bistånd enligt 4 kap. 1 § som någon är berättigad till enligt en domstols avgörande, åläggas att betala en särskild avgift. För närvarande föreskrivs i första stycket att en kommun skall åläggas att betala en särskild avgift om den *underlåter att utan oskäligt dröjsmål tillhandahålla* bistånd enligt 4 kap. 1 § som någon är berättigad till enligt en domstols avgörande. Förslaget avses inte innebära någon ändring i sak utan är endast av redaktionell art. Formuleringen kommer därmed att överensstämma med den föreslagna lydelsen i första stycket. Genom regleringen i andra meningen föreslår regeringen att möjligheten att ålägga en kommun en särskild avgift utvidgas till fall då verkställigheten av en domstols avgörande avbrutits.

Någon gång kan omständigheterna vara sådana att det framstår som motiverat både att straffa en enskild beslutsfattare för tjänstefel enligt 20 kap. 1 § brottsbalken och att ålägga kommunen avgiftsskyldighet (se prop. 2001/02:122, s. 30). Regleringen innebär inte något hinder mot en sådan ordning (jfr prop. 1981/82:142, s. 24 f.).

Ändringen i *tredje stycket* är endast redaktionell.

## **16 kap.**

### **6 b §**

Genom en ändring i *andra stycket* vill regeringen markera att hela perioden fram till tidpunkten för länsrättens dom bör beaktas vid beräkningen av storleken på sanktionsavgiften, för det fall beslutet inte dessförinnan har verkställts. Vid överprövning av länsrättens avgörande kan naturligtvis endast den period som prövats av länsrätten bli föremål för överrättens prövning. Se avsnitt 8.8.3.2 och 8.8.5.

## **16 kap.**

### **6 d §**

Genom en ändring i bestämmelsen klargörs att en ny särskild avgift vid fortsatt underlåten verkställighet skall kunna dömas ut både enligt det föreslagna första och andra stycket i 16 kap. 6 a §.

Det nuvarande andra stycket flyttas till en ny paragraf, 16 kap. 6 e §. Se avsnitt 8.8.3.3 och 8.8.5.

## **16 kap.**

### **6 e §**

Paragrafen är ny. I *första stycket* anges att särskild avgift, med anledning av att en socialnämnd fattat ett gynnande beslut om bistånd enligt 4 kap. 1 §, får dömas ut bara om ansökan delgetts kommunen inom två år från tidpunkten för det gynnande beslutet eller inom två år från det att verkställigheten av det gynnande beslutet avbrutits.

Enligt *andra stycket*, som tidigare var andra stycket i 16 kap. 6 d §, kommer särskild avgift med anledning av en domstols avgörande att få dömas ut bara om en ansökan har delgetts kommunen inom två år från det att domen om biståndet vunnit laga kraft eller inom två år från den

dag då verkställigheten av domen avbröts. Att särskild avgift skall få dömas ut i det sistnämnda fallet är en konsekvens av förslaget att möjligheten att ålägga en kommun en särskild avgift enligt 16 kap. 6 a § andra stycket utvidgas till att även gälla fall när verkställigheten av en domstols avgörande avbrutits.

Att prövningstillstånd krävs vid överklagande till kammarrätten av beslut enligt socialtjänstlagen (2001:453) framgår av 16 kap. 5 § samma lag. Se avsnitt 8.8.3.3 och 8.8.5.

## **16 kap.**

### **6 f §**

Paragrafen är ny och innebär att en rapporteringsskyldighet införs beträffande alla gynnande beslut enligt 4 kap. 1 § av en socialnämnd, som inte har verkställts inom tre månader från dagen för beslutet eller som inte har verkställts på nytt inom tre månader från den dag då verkställigheten av beslutet avbröts. Rapporteringen, som av ansvarig socialnämnd skall ske till länsstyrelsen och till kommunens revisorer, skall omfatta tidpunkten för varje beslut, vilken typ av bistånd beslutet gäller samt kortfattat skälen för dröjsmålet. Rapporteringen skall ske en gång per kvartal. Självfallet skall ett ej verkställt beslut rapporteras varje kvartal, så länge det inte har verkställts. Se avsnitt 8.8.2.1 och 8.8.2.2.

## **16 kap.**

### **6 g §**

Förslaget behandlas i avsnitt 8.8.2.2.

## **16 kap.**

### **6 h §**

Förslaget behandlas i avsnitt 8.8.2.1 och 8.8.2.2.

# Remissinstanser Äldrepolitik för framtiden. 100 steg till trygghet och utveckling med en åldrande befolkning (SOU 2003:91)

Prop. 2005/06:115  
Bilaga 1

Riksrevisionen, Brottsförebyggande rådet (BRÅ), Brottsoffermyndigheten, Ombudsmannen mot diskriminering på grund av sexuell läggning (HomO), Ombudsmannen mot etnisk diskriminering (DO), Integrationsverket, Styrelsen för internationellt utvecklingssamarbete (SIDA), Statens räddningsverk, Riksförsäkringsverket, Socialstyrelsen, Statens folkhälsoinstitut, Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), Handikappombudsmannen (HO), Hjälpmedelsinstitutet (HI), Skatteverket, Arbetsgivarverket, Statskontoret, Statistiska centralbyrån (SCB), Länsstyrelsen i Stockholms län, Länsstyrelsen i Östergötlands län, Länsstyrelsen i Gotlands län, Länsstyrelsen i Skåne län, Länsstyrelsen Hallands län, Länsstyrelsen i Dalarnas län, Länsstyrelsen i Norrbottens län, Myndigheten för skolutveckling, Folkbildningsrådet, Högskoleverket, Myndigheten för kvalificerad yrkesutbildning, Centrala studiestödsnämnden, Konsumentverket, Statens kulturråd, Konstnärsnämnden, Samarbetsnämnden för statsbidrag till trossamfund, Taltidningsnämnden, Granskningsnämnden för radio och TV, Boverket, Post- och telestyrelsen, Banverket, Vägverket, Rikstrafiken, Statens väg- och transportforskningsinstitut (VTI), Sjöfartsverket, Luftfartsverket, Arbetsmarknadsstyrelsen (AMS), Arbetslivsinstitutet, Arbetsmiljöverket, Jämställdhetsombudsmannen (JämO), Glesbygdsverket, Verket för näringslivsutveckling (NUTEK), Verket för innovationssystem (VINNOVA), Stockholms kommun, Sundbybergs kommun, Enköpings kommun, Nyköpings kommun, Mjölby kommun, Norrköpings kommun, Eksjö kommun, Värnamo kommun, Markaryds kommun, Växjö kommun, Borgholms kommun, Emmaboda kommun, Västerviks kommun, Gotlands kommun, Karlshamns kommun, Helsingborgs kommun, Hässleholms kommun, Malmö kommun, Skurups kommun, Varbergs kommun, Göteborgs kommun, Lerums kommun, Skara kommun, Tibro kommun, Åmåls kommun, Filipstads kommun, Askersunds kommun, Lindesbergs kommun, Västerås kommun, Falu kommun, Rättviks kommun, Hudiksvalls kommun, Nordanstigs kommun, Sundsvalls kommun, Strömsunds kommun, Bjurholms kommun, Robertsfors kommun, Bodens kommun, Kalix kommun, Kiruna kommun, Landstinget i Stockholms län, Landstinget i Östergötlands län, Landstinget i Kalmar län, Landstinget i Skåne län (Region Skåne), Landstinget i Västra Götalands län (Västra Götalandsregionen), Landstinget i Värmlands län, Landstinget i Örebro län, Landstinget i Jämtlands län, Landstinget i Västerbottens län, Aging Research Center (ARC), Stockholm, ALMI Företagspartner AB, Alzheimerföreningen i Sverige, Anhörigrådet, Blekinge FoU-enhet, Demensförbundet, Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS), Forum 50 +, FoU Norrbotten, Föreningen Svenskt Näringsliv, Företagarnas Riksorganisation, Försäkringskasseförbundet, Göteborgs universitet, Avdelning för geriatrik, Handikappförbundens Samarbetsorganisation (HSO), HSB Riksförbund, Hyresgästernas Riksförbund, Hälsohögskolan, Institutet för Gerontologi, Jönköping, Institutet för handikappvetenskap

(IHV), Konstnärliga och litterära yrkesutövares samarbetsnämnd (KLYS), Landsorganisationen i Sverige (LO), Landstingsförbundet, Linköpings universitet, Centrum för kommunstrategiska studier, Lunds tekniska högskola, Institutionen för designvetenskaper, Lunds universitet, Socialhögskolan, Lunds universitet, Institutionen för ekonomisk historia, Nationalföreningen för trafiksäkerhetens främjande, Nationellt sekretariatet för genusforskning, Göteborgs universitet Nätverket mot socialt utanförskap, Pensionärernas Riksorganisation (PRO), PrioriteringsCentrum i Linköping, RIVO (Branschförbund för Privat Vård och Omsorg), Riksförbundet PensionärsGemenskap (RPG), SIOS – Samarbetsorgan för etniska organisationer i Sverige, Stiftelsen för Kunskaps- och Kompetensutveckling (KK-stiftelsen), Stiftelsen för vård- och allergiforskning (Vårdalstiftelsen), Stiftelsen Institutet för Framtidsstudier, Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum, Stiftelsen Stora Sköndal, Stockholms universitet, Institutet för social forskning (SOFI), Svensk Biblioteksförening, Svensk Handel, Svenska Kommunalpensionärernas förbund (SKPF), Svenska Kommunförbundet, Svenska Kyrkan, Svenska Lokaltrafikföreningen (SLTF), Svenska Röda Korset, Sverigefinska Riksförbundet, Sveriges Akademikers Centralorganisation (SACO), Sveriges Allmännyttiga Bostadsföretag (SABO), Sveriges Fastighetsägarförbund, Sveriges Gerontologiska Sällskap, Sveriges Konsumentråd, Sveriges Kristna Råd, Sveriges Pensionärers Riksförbund (SPRF), Sveriges Pensionärsförbund (SPF), Sveriges Radio AB, Sveriges Television AB, Synskadades Riksförbund (SRF), Tema Äldre och åldrande, Linköpings universitet, Tjänstemännens Centralorganisation (TCO), Uppsala universitet, Institutet för bostads- och urbanforskning (Gävle), Uppsala universitet, Sociologiska institutionen, Vetenskapsrådet, Vårdalinstitutet, Lund och Göteborg

## Sammanfattning Sammanhållen hemvård (SOU 2004:68)

Prop. 2005/06:115  
Bilaga 2

Vår utredning (S 2003:04) har haft i uppdrag att genomföra en översyn av vård och omsorg drygt tio år efter Ädelreformen. Enligt direktiven (bilaga 1) har utgångspunkten för vårt arbete varit att ur ett individperspektiv analysera hur vården och omsorgen bäst kan organiseras för att säkerställa en god vård och omsorg för främst äldre personer med sammansatta och/eller snabbt föränderliga behov av vård och omsorg. Vår uppgift har även varit att ta ställning till om den nuvarande huvudmannaskapsgränsen är ändamålsenlig eller behöver ändras.

Vi har bedömt att ansvarsfördelningen gällande hemsjukvård mellan landsting och kommuner är otydlig och skapar konflikter och revirstrider mellan huvudmännen vilket innebär risker för den enskilde som behöver vård och omsorg. Vi föreslår därför att en huvudman, kommunen, ska ansvara för hemsjukvård, med undantag av läkarinsatser, i såväl ordinärt som särskilt boende i en sammanhållen hemvård. Med hemvård avser vi de integrerade sociala och medicinska insatser inklusive rehabilitering och hjälpmedel som den enskilde behöver i sitt boende. I hemvården ska ingå dagverksamheter och korttidsplatser. Vi föreslår även att alla insatser inom hemvården ska åvila vistelsekommunen.

Vi har bedömt att brister i läkarmedverkan är ett av de mest allvarliga problem som motverkar möjligheterna för den enskilde att få en trygg och säker vård i bostaden.

Läkarens engagemang har stor betydelse för att patienten och dennes närstående ska känna sig trygga och för att personalen i teamet ska få det stöd de behöver i medicinska frågor. Kontinuerlig medverkan av läkare och god tillgänglighet motverkar akuta uttryckningar och gör det möjligt för läkaren att bedöma patienten i dennes egen miljö ur ett helhetsperspektiv. En förbättrad läkarmedverkan kan även förhindra att patienter skickas till sjukhus i fall där de inte behöver sjukhusets resurser.

Vi anser att landstingen ska ha ett fortsatt ansvar för läkarinsatser, men föreslår att kommuner och landsting ska komma överens om omfattning i tid och former för landstingens läkarinsatser i den kommunala hemvården. Om ett landsting inte fullgör sin skyldighet att avsätta läkartid till kommunens hemvård ska kommunen ha rätt att anlita läkare och avgöra hur läkarinsatserna ska användas med landstinget som betalningsansvarig. Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan i kommunen ska ansvara för att de läkarinsatser som kommunen anlitar fördelas och utnyttjas så att kravet på god vård tillgodoses. Enligt vårt förslag får regeringen eller – med regeringens medgivande – Socialstyrelsen meddela föreskrifter om kontinuitet och säkerhet. Vi föreslår också att Socialstyrelsen får i uppdrag att följa upp och utvärdera att läkarmedverkan i hemvården utvecklas så att den enskilde får en god hälso- och sjukvård i boendet.

Våra förslag syftar till att skapa en långsiktig och stabil struktur för ansvarsfördelning mellan kommuner och landsting. En enhetlig ansvarsfördelning mellan kommuner och landsting ska dock inte hindra möjligheterna för huvudmännen att anpassa organisation och arbetsformer till lokala förhållanden. En tydlig grundstruktur utesluter inte heller behovet av samverkan. Enligt vår bedömning kommer samverkan över huvud-



mannaskapsgränserna att vara en förutsättning för en god vård och omsorg oberoende av hur ansvarsgränserna dras. Vi föreslår därför att landsting och kommuner ska ha en lagstadgad skyldighet att samverka kring vården av enskilda personer med sammansatta vårdbehov vilka behöver integrerade insatser från specialistsjukvården, landstingens primärvård och kommunernas hemvård. Förslaget innebär bl.a. att specialistsjukvården ska vara en resurs för hemvården och att kommuner och landsting ska samverka om rehabilitering och hjälpmedel. I avsikt att stimulera landsting och kommuner att utforma fastare former för samverkan föreslår vi att landsting och kommuner ges befogenhet att medverka i varandras verksamheter under förutsättning att var och en står för sin del av kostnaderna.

Vi föreslår även att en individuell vård- och omsorgsplan upprättas på den enskildes begäran eller med dennes samtycke oavsett var behoven av vård och omsorg aktualiseras. Planen ska innefatta sociala och medicinska insatser inklusive rehabilitering och hjälpmedel. Den enskilde och/eller dennes närstående ska ha möjlighet att delta i vård- och omsorgsplaneringen. Den närståendes behov av stöd ska även beaktas i planeringen. När en vård- och omsorgsplan upprättas ska kommunen också utse en namngiven samordnare/kontaktperson.

Våra förslag omfattar åtgärder som framförallt staten kan vidta genom lagförslag. De ekonomiska konsekvenserna och finansieringen av våra förslag behandlar vi i ett särskilt kapitel. Vi förordar att kommuner och landsting använder sig av en modell som tagits fram för att beräkna omfattningen av en skatteväxling i respektive län.

I ett antal faktakapitel ger vi kommuner och landsting underlag för våra bedömningar för att lokalt vidta åtgärder i syfte att förbättra vården och omsorgen. Vi har även gjort ett antal bedömningar som behöver utredas vidare eller som staten och/eller kommuner och landsting bör ta ställning till i samband med våra förslag. Hit hör behovet av ersättnings-system för primärvårdens läkare för hembesök, ett klargörande av geriatrikens roll och samverkan med allmänmedicinen, behovet av en översyn av patientjournalagen och säkerställandet av en långsiktig finansiering av regionala FoU-centra samt värdet av att kommuner och landsting i samverkan följer upp och utvärderar sina insatser för personer med sammansatta behov av vård och omsorg. Vi bedömer även att Hjälpmedelsinstitutet bör få i uppdrag att utveckla statistik över hjälpmedelskostnader som ger möjligheter till nyckeltal och jämförelser.

# 1 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

Härigenom föreskrivs att 3, 3 b, 3 c, 3 d, 5, 18, 18 a, 18 b, 18 c, 18 d, 19, 24, 26 och 26 a §§ hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) skall ha följande lydelse och att det i lagen under en ny rubrik Samverkan skall införas fyra nya paragrafer 26 c, 26 d, 26 e och 26 f §§ före rubriken Gemensamma bestämmelser om all sjukvård.

## *Nuvarande lydelse*

## *Föreslagen lydelse*

### 3 §

Varje landsting skall erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget. Detsamma gäller dem som är kvarskrivna enligt 16 § folkbokföringslagen (1991:481) och stadigvarande vistas inom landstinget. Även i övrigt skall landstinget verka för en god hälsa hos hela befolkningen. Vad som i denna lag sägs om landsting gäller också kommuner som inte ingår i ett landsting, i den mån inte annat följer av 17 §. Vad här sagts utgör inte hinder för annan att bedriva hälso- och sjukvård.

Landstingets ansvar omfattar dock inte sådan hälso- och sjukvård som en kommun inom landstinget har ansvar för enligt 18 § första *och tredje* styckena.

Landstingets ansvar omfattar dock inte sådan hälso- och sjukvård som kommunerna har ansvar för enligt 18 § första *eller andra* stycket.

Ett landsting får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget ansvarar för enligt denna lag. En uppgift som innefattar myndighetsutövning får dock inte med stöd av denna bestämmelse överlämnas till ett bolag, en förening, en samfällighet, en stiftelse eller en enskild individ.

Landstinget får även träffa överenskommelse med kommun, den allmänna försäkringskassan och länsarbetsnämnden om att inom ramen för landstingets uppgifter enligt denna lag samverka i syfte att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser. Landstinget skall bidra till finansieringen av sådan verksamhet som bedrivs i samverkan. Enligt bestämmelser i lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser mellan allmän försäkringskassa, länsarbetsnämnd, kommun och landsting får landstinget delta i finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet.

Riksrevisionen får granska sådan verksamhet som bedrivits i samverkan med och delvis finansierats av försäkringskassan eller länsarbetsnämnden. Vid en sådan granskning har Riksrevisionen rätt att ta del av de uppgifter som behövs för att granska verksamheten.

### 3b §

Landstinget skall erbjuda dem som är bosatta inom landstinget eller som är kvarskrivna enligt 16 § folkbokföringslagen (1991:481) och stadigvarande vistas där,

1. habilitering och rehabilitering,
2. hjälpmedel för funktionshindrade, och
3. tolktjänst för vardagstolkning för barndomsdöva, dövblinda, vuxendöva och hörselskadade.

Landstingets ansvar omfattar dock inte habilitering, rehabilitering och hjälpmedel som *en kommun inom landstinget* har ansvar för enligt 18 b §. Landstingets ansvar innebär inte någon inskränkning i de skyldigheter som arbetsgivare eller andra kan ha enligt annan lag.

Habilitering eller rehabilitering samt tillhandahållande av hjälpmedel skall planeras i samverkan med den enskilde. Av planen skall planerade och beslutade insatser framgå.

Landstingets ansvar omfattar dock inte habilitering, rehabilitering och hjälpmedel som *kommunerna* har ansvar för enligt 18 b §. Landstingets ansvar innebär inte någon inskränkning i de skyldigheter som arbetsgivare eller andra kan ha enligt annan lag.

### 3c §

Landstinget skall även erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som, utan att vara bosatta i Sverige, har rätt till vårdförmåner i Sverige vid sjukdom och moderskap enligt vad som följer av förordning (EEG) nr 1408/71 om tillämpningen av systemen för social trygghet när anställda, egenföretagare eller deras familjemedlemmar flyttar inom gemenskapen. Vården skall i dessa fall erbjudas av det landsting inom vars område personen är förvärvsverksam eller, när det gäller en person som är arbetslös, det landsting inom vars område denne är registrerad som arbetssökande. I den utsträckning familjemedlemmar till dessa personer har rätt till vårdförmåner i Sverige vid sjukdom och moderskap enligt vad som följer av den nämnda förordningen, skall familjemedlemmarna erbjudas vård av samma landsting. Om familjemedlemmarna är bosatta i Sverige, gäller dock 3 §.

Landstinget skall, *utom i fråga om sådan hälso- och sjukvård som avses i 18 § första eller andra stycket*, även erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som, utan att vara bosatta i Sverige, har rätt till vårdförmåner i Sverige vid sjukdom och moderskap enligt vad som följer av förordning (EEG) nr 1408/71 om tillämpningen av systemen för social trygghet när anställda, egenföretagare eller deras familjemedlemmar flyttar inom gemenskapen. Vården skall i dessa fall erbjudas av det landsting inom vars område personen är förvärvsverksam eller, när det gäller en person som är arbetslös, det landsting inom vars område denne är registrerad som arbetssökande. I den utsträckning familjemedlemmar till dessa personer har rätt till vårdförmåner i Sverige vid sjukdom och moderskap enligt vad som följer av den nämnda förordningen, skall familjemedlemmarna erbjudas vård av samma landsting. Om familjemedlemmarna är bosatta i Sverige, gäller dock 3 §.

### 3d §

Landstinget skall, i andra fall än som avses i 18 b §, erbjuda dem

Landstinget skall, i andra fall än som avses i 18 c §, erbjuda dem

som är bosatta inom landtinget och som på grund av allvarlig sjukdom eller efter behandling för sådan sjukdom är i fortlöpande behov därav, förbrukningsartiklar som behövs vid urininkontinens, urinretention eller tarminkontinens. Förbrukningsartiklar som avses här får förskrivas av läkare samt av annan hälso- och sjukvårdspersonal som Socialstyrelsen förklarat behö- rig.

som är bosatta inom landstinget och som på grund av allvarlig sjukdom eller efter behandling för sådan sjukdom är i fortlöpande behov därav, förbrukningsartiklar som behövs vid urininkontinens, urinretention eller tarminkontinens. Förbrukningsartiklar som avses här får förskrivas av läkare samt av annan hälso- och sjukvårdspersonal som Socialstyrelsen förklarat behö- rig.

#### 5 §

För hälso- och sjukvård som krä- ver intagning i vårdinrättning skall det finnas sjukhus. Vård som ges under sådan intagning benämns slutna vård. Annan hälso- och sjukvård benämns öppen vård. Primärvården skall som en del av den öppna vården utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svara för befolk- ningens behov av sådan grundlägg- ande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tek- niska resurser eller annan särskild kompetens.

För hälso- och sjukvård som krä- ver intagning i vårdinrättning skall det finnas sjukhus. Vård som ges under sådan intagning benämns slutna vård. Annan hälso- och sjukvård benämns öppen vård. Primärvården skall – *med undantag av det ansvar som åligger kommu- nerna enligt 18 § första eller andra stycket* – som en del av den öppna vården utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrup- per svara för befolkningens behov av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyg- gande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens.

#### 18 §

Varje kommun skall erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som bor i en sådan boendeform eller bostad som avses i 5 kap. 5 § andra stycket eller 5 kap. 7 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453) eller som efter beslut av kommunen bor i en sådan särskild boendeform som avses i 7 kap. 1 § första stycket 2 samma lag. Varje kommun skall även i samband med dagverksamhet, *som omfattas av 3 kap. 6 § socialtjänstlagen* erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som vistas där.

Varje kommun skall erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som bor i en sådan boendeform eller bostad som avses i 5 kap. 5 § andra stycket eller 5 kap. 7 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453) eller som efter beslut av kommunen bor i en sådan särskild boendeform som avses i 7 kap. 1 § första stycket 2 samma lag. *Det- samma gäller var och en som vis- tas i kommunen och som bor i ordinärt boende eller annat kom- munalt eller enskilt boende som kommunen beviljat någon med stöd av socialtjänstlagen eller lagen om*

*En kommun får även i övrigt erbjuda dem som vistas i kommunen hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård).*

*Landstinget får till en kommun inom landstinget överlåta skyldigheten att erbjuda sådan vård, som sägs i andra stycket, om landstinget och kommunen kommer överens om det samt regeringen medger det. Överenskommelsen får avse även ansvar för förbrukningsartiklar som avses i 3 c §.*

*Varje kommun skall även i samband med dagverksamhet, annan öppen verksamhet och korttidsplats enligt socialtjänstlagen samt daglig verksamhet och korttidsvistelse utanför det egna hemmet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade och som landstinget inte har ansvar för erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som vistas där.*

*Kommunens ansvar enligt första och tredje styckena och kommunens befogenhet enligt andra stycket omfattar inte sådan hälso- och sjukvård som meddelas av läkare.*

*Kommunens ansvar enligt första och andra styckena omfattar inte sådan hälso- och sjukvård som meddelas av läkare och inte heller sådan öppen vård enligt 5 § som kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens.*

*En kommun får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som kommunen ansvarar för enligt denna lag. En uppgift som innefattar myndighetsutövning får dock inte med stöd av denna bestämmelse överlämnas till ett bolag, en förening, en samfällighet, en stiftelse eller en enskild individ.*

#### 18a §

*När det finns flera behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet skall kommunen ge den som omfattas av sådan hälso- och sjukvård som avses i 18 § första – tredje styckena möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar. Kommunen skall erbjuda*

*När det finns flera behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet skall kommunen ge den som omfattas av sådan hälso- och sjukvård som avses i 18 § första eller andra stycket möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar.*

den valda behandlingen om det med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan och till kostnaderna för behandlingen framstår som befogat.

Kommunen skall erbjuda den valda behandlingen om det med hänsyn till sjukdomen eller skadan och till kostnaderna för behandlingen framstår som befogat.

Den enskilde har inte rätt till behandling utanför den kommun inom vilken han eller hon är bosatt, om denna kan erbjuda en behandling som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

#### 18b §

Kommunen skall i samband med sådan hälso- och sjukvård som avses i 18 § första – tredje styckena erbjuda även habilitering, rehabilitering och hjälpmedel för funktionshindrade.

*Landstinget får även utan samband med överlåtelse av ansvar för hälso- och sjukvård enligt 18 § träffa överenskommelse med en kommun inom landstinget om att kommunen skall ha ansvar för hjälpmedel för funktionshindrade.*

Kommunen skall i samband med sådan hälso- och sjukvård som avses i 18 § första eller andra stycket erbjuda även habilitering och rehabilitering samt hjälpmedel för funktionshindrade som förskrivs av kommunens hälso- och sjukvårdspersonal.

Vad som sägs i 3 b § tredje stycket gäller även i fråga om habilitering, rehabilitering och hjälpmedel för funktionshindrade som ombesörjs av en kommun.

#### 18c §

Kommunen skall i samband med sjukvård enligt 18 § första stycket tillhandahålla förbrukningsartiklar på sätt anges i 3 d §. Beträffande behörigheten att förskriva förbrukningsartiklar som avses här gäller vad som föreskrivs i 3 d §.

Kommunen skall i samband med sjukvård enligt 18 § första och andra styckena på sätt anges i 3 d § tillhandahålla förbrukningsartiklar som förskrivs av kommunens hälso- och sjukvårdspersonal. Beträffande behörigheten att förskriva förbrukningsartiklar som avses här gäller vad som föreskrivs i 3 d §.

#### 18d §

Landstinget får på framställning av en kommun inom landstinget erbjuda alla som bor i en viss särskild boendeform som avses i 5 kap. 5 § andra stycket socialtjänstlagen (2001:453) eller i en del av en sådan boendeform läkemedel ur läkemedelsförråd vid det särskilda boendet.

Sådana förråd kan antingen vara förråd som innehåller flertalet av de läkemedel som de boende behöver (fullständigt förråd) eller förråd enbart för vissa basläkemedel (akutförråd).

Landstinget får även på framställning av en kommun inom landstinget erbjuda den som genom landstinget erbjuda *var och en* som

kommunens försorg får hemsjukvård läkemedel ur sådana förråd som avses i första stycket.

Läkemedel ur förråden skall vara kostnadsfria för de boende som avses i första stycket och för de enskilda som får hemsjukvård enligt tredje stycket.

Landstinget svarar för kostnaderna för läkemedel som rekvireras till de förråd som avses i första stycket.

genom kommunens försorg får hälso- och sjukvård i ordinärt eller särskilt boende eller i korttidsplats läkemedel ur sådana förråd som avses i första stycket.

Läkemedel ur förråden skall vara kostnadsfria för de boende som avses i första och tredje styckena

#### 19 §

*Om en överlåtelse har skett enligt 18 § tredje stycket får landstinget lämna sådant ekonomiskt bidrag till kommunen som motiveras av överlåtelsen.*

*Det ansvar som en kommun har enligt 16 kap. 2 § socialtjänstlagen (2001:453) för någon som efter beslut av kommunen vistas i en annan kommun omfattar även kostnadsansvar för sådan hälso- och sjukvård som utgår till personen med stöd av 18 § första eller andra stycket.*

*I ett avtal som avses i 17 a § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade får även träffas överenskommelse om kostnadsansvar för hälso- och sjukvård som utgår med stöd av 18 § första och andra styckena.*

#### 24 §

Inom det verksamhetsområde som kommunen bestämmer skall det finnas en sjuksköterska som svarar för

1. att det finns sådana rutiner att kontakt tas med läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det,

2. att beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med säkerheten för patienterna,

3. att anmälan görs till den nämnd, som har ledningen av hälso- och sjukvårdsverksamheten, om en patient i samband med vård eller behandling drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom.

Inom det verksamhetsområde som kommunen bestämmer skall det finnas en sjuksköterska som svarar för

1. att det finns sådana rutiner att kontakt tas med läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det,

2. att beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med säkerheten för patienterna,

3. att anmälan görs till den nämnd, som har ledningen av hälso- och sjukvårdsverksamheten, om en patient i samband med vård eller behandling drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom.

*4. att de läkarinsatser som kommunen anlitar med stöd av 26 c § tredje stycket fördelas och utnyttjas så att kravet på god vård tillgodoses.*

Om ett verksamhetsområde i huvudsak omfattar rehabilitering får en sjukgymnast eller en arbetsterapeut fullgöra uppgifter som sägs i första stycket.

Bestämmelserna i första och andra styckena gäller även en kommun, som inte ingår i ett landsting, om det i en sådan hälso- och sjukvårdsverksamhet som sägs i 18 § första eller andra stycket inte finns någon läkare.

#### 26 §

Av patienter får vårdavgifter tas ut enligt grunder som landstinget eller kommunen bestämmer, i den mån inte annat är särskilt föreskrivet. Patienter som är bosatta inom landstinget respektive kommunen, liksom patienter som avses i 3 c §, skall därvid behandlas lika. Landstinget får dock för sluten vård fastställa avgiftsnivåer i olika inkomstintervall och besluta om vilka regler om nedsättning av avgiften som skall gälla. Högsta avgiftsbelopp för sluten vård är 80 kronor för varje vård dag.

Endast kommunen får ta ut vårdavgifter för sådan långtidssjukvård som den har betalningsansvar för enligt 2 § lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård.

Avgifter för vård enligt 18 §, för förbrukningsartiklar enligt 18 c § eller för sådan långtidssjukvård som en kommun har betalningsansvar för enligt 2 § lagen om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård, får tillsammans med avgifter för hemtjänst och dagverksamhet enligt 8 kap. 5 § socialtjänstlagen (2001:453), per månad uppgå till högst en tolftedel av 0,48 gånger prisbasbeloppet. Avgifterna får dock inte uppgå till så stort belopp att den enskilde inte förbehålls tillräckliga medel av sitt avgiftsunderlag för sina personliga behov och andra normala levnads-kostnader (förbehållsbelopp). När avgifterna fastställs skall kommunen dessutom försäkra sig om att vårdtagarens make eller sambo inte drabbas av en oskäligt försämrad ekonomisk situation.

*Avgifter för hälso- och sjukvård enligt 18 § första eller andra stycket, för habilitering, rehabilitering och hjälpmedel enligt 18 b §, förbrukningsartiklar enligt 18 c § eller för sådan långtidssjukvård som en kommun har betalningsansvar för enligt 2 § lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård, får tillsammans med avgifter för hemtjänst, dagverksamhet och korttidsplats enligt 8 kap. 5 § socialtjänstlagen (2001:453), per månad uppgå till högst en tolftedel av 0,48 gånger prisbasbeloppet. Avgifterna får dock inte uppgå till så stort belopp att den enskilde inte förbehålls tillräckliga medel av sitt avgiftsunderlag för sina personliga behov och andra normala levnads-kostnader (förbehållsbelopp). När avgifterna fastställs skall kommunen dessutom försäkra sig om att vårdtagarens make eller sambo inte drabbas av en oskäligt försämrad*



Avgiftsunderlagen och förbehållsbeloppet skall beräknas med tillämpning av 8 kap. 3–8 §§ socialtjänstlagen.

## 26a §

Den som har erlagt vårdavgifter som avser öppen hälso- och sjukvård enligt denna lag i andra fall än som avses i 18 § första stycket, avgifter för förbrukningsartiklar som avses i 3 d § eller avgifter för sådan tandvård som avses i 8 a § tandvårdslagen (1985:125) med sammanlagt högst 900 kronor, eller det lägre belopp som bestäms av landstinget, är befriad från att därefter erlägga ytterligare avgifter för sådan vård eller sådana förbrukningsartiklar under den tid som återstår av ett år, räknat från det första tillfälle då avgift erlagts

Den som har erlagt vårdavgifter som avser öppen hälso- och sjukvård enligt denna lag i andra fall än som avses i 18 § första *eller andra stycket inklusive habilitering, rehabilitering eller hjälpmedel enligt 18 b § första stycket och förbrukningsartiklar enligt 18 c §*, avgifter för förbrukningsartiklar som avses i 3 d § eller avgifter för sådan tandvård som avses i 8 a § tandvårdslagen (1985:125) med sammanlagt högst 900 kronor, eller det lägre belopp som bestäms av landstinget, är befriad från att därefter erlägga ytterligare avgifter för sådan vård eller sådana förbrukningsartiklar under den tid som återstår av ett år, räknat från det första tillfälle då avgift erlagts.

Har en förälder eller föräldrar gemensamt flera barn under 18 år i sin vård, får barnen gemensamt avgiftsbefrielse när kostnaderna för avgifter enligt första stycket sammanlagt uppgår till där avsett belopp.

Kostnadsbefrielse gäller under den tid som avses i första stycket även för barn som under denna tid fyller 18 år.

Med föräldrar avses även fosterföräldrar. Som förälder räknas även den med vilken en förälder stadigvarande sammanbor och som är eller har varit gift eller har eller har haft barn med föräldern.

*Föreslagen lydelse**Samverkan*

## 26c §

*Landstinget skall till kommunerna inom landstinget avsätta de läkarresurser som behövs för att de enskilda skall kunna erbjudas en god hälso- och sjukvård i ordinärt eller särskilt boende som avses i 18 § första stycket samt i verksamheter som avses i 18 § andra stycket. Läkarmedverkan skall vara sådan att patienternas behov av kontinuitet och säkerhet tillgodoses samt att var och en kan välja den fasta läkarkontakt som landstinget enligt 5 § andra stycket skall erbjuda de enskilda.*

*Landstinget och kommunerna inom landstinget skall årligen träffa avtal om omfattningen av och formerna för läkarmedverkan under kommande kalenderår.*

*Om landstinget inte fullgör sina skyldigheter enligt det avtal som ingåtts enligt andra stycket, har kommunen rätt att anlita läkare så att de*

enskilda kan erbjudas en god hälso- och sjukvård. Landstinget skall ersätta kommunen de kostnader som kommunen har för sådan läkarmedverkan.

Regeringen får meddela ytterligare föreskrifter om hur kravet på kontinuitet och säkerhet skall tillgodoses. Regeringen får överlåta på Socialstyrelsen att meddela sådana föreskrifter.

#### 26 d §

Landstinget och kommunen skall samverka så att en enskild, som kommunen enligt 18 § första eller andra stycket har ansvar för också får den övriga vård och behandling som hans eller hennes tillstånd fordrar.

#### 26 e §

Ett landsting och en kommun inom landstinget får medverka i den hälso- och sjukvård som den andre huvudmannen skall svara för. Varje huvudman svarar för sina kostnader. Landstinget och kommunen kan i avtal fastställa hur kostnaderna för insatserna skall fördelas.

#### 26 f §

Om vård- och omsorgsplan i 11 kap. 4 a § socialtjänstlagen (2001:453) eller individuell plan i 10 § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade inte har upprättats skall kommunen med den enskildes medgivande och i samråd med landstinget upprätta en vård- och omsorgsplan om den enskilde behöver hälso- och sjukvård i boendet.

Planen skall innehålla de sociala och rehabiliterande insatser som kommunen anordnat eller planerar enligt socialtjänstlagen, de insatser som kommunen och landstinget anordnat eller planerar enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, de medicinska och rehabiliterande insatser som kommunen och landstinget anordnat eller planerar enligt denna lag samt de insatser som andra myndigheter eller organisationer erbjudit eller kan komma att erbjuda.

I samband med att en vård- och omsorgsplan upprättas ska kommunen utse en särskild samordnare eller kontaktperson som skall samordna insatserna och stödja den enskilde och dennes närstående.

Planen skall fortlöpande och minst en gång om året följas upp och utvärderas.

## 2 Förslag till lag om ändring i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m.

Prop. 2005/06:115  
Bilaga 3

Härigenom föreskrivs att 4 § i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. skall ha följande lydelse.

### *Nuvarande lydelse*

Rätt till förmåner enligt denna lag har

1. den som är bosatt i Sverige, och
2. den som, utan att vara bosatt här, har rätt till vårdförmåner i Sverige vid sjukdom eller moderskap enligt vad som följer av rådets förordning (EEG) nr 1408/71 av den 14 juni 1971 om tillämpningen av systemen för social trygghet när anställda, egenföretagare eller deras familjemedlemmar flyttar inom gemenskapen.

Rätt till vårdförmåner enligt 5 och 21 §§ med undantag för varor som avses i 19 § andra punkten har även den som i annat fall, utan att vara bosatt i Sverige, har anställning här.

Särskilda bestämmelser om kostnadsfria läkemedel gäller för dem som får sjukhusvård som avses i 5 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) eller i 2 kap. 4 § lagen (1962:381) om allmän försäkring samt för den som åtnjuter hem-sjukvård som avses i 3 e eller 18 d § hälso- och sjukvårdslagen och för dem som bor i en sådan särskild boendeform som avses i 18 d § samma lag.

### *Föreslagen lydelse*

Särskilda bestämmelser om kostnadsfria läkemedel gäller för dem som får sjukhusvård som avses i 5 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) eller i 2 kap. 4 § lagen (1962:381) om allmän försäkring samt för den som åtnjuter hem-sjukvård som avses i 3 e § hälso- och sjukvårdslagen eller *hälso- och sjukvård i ordinärt eller särskilt boende enligt 18 § första stycket hälso- och sjukvårdslagen eller i korttidsplats enligt 18 § andra stycket hälso- och sjukvårdslagen.*

### 3 Förslag till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453)

Prop. 2005/06:115  
Bilaga 3

Härigenom föreskrivs att 3 kap. 6 §, 7 kap. 1 § och 8 kap. 5 § socialtjänstlagen (2001:453) skall ha följande lydelse samt att det i 11 kap. i lagen skall införas en ny paragraf 4 a §.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

#### **3 kap**

##### **6 §**

Socialnämnden bör genom hemtjänst, dagverksamheter eller annan liknande social tjänst underlätta för den enskilde att bo hemma och att ha kontakt med andra.

Socialnämnden bör genom hemtjänst, dagverksamheter, *korttidsplats* eller annan liknande social tjänst underlätta för den enskilde att bo hemma och att ha kontakt med andra.

Nämnden bör även i övrigt tillhandahålla sociala tjänster genom rådgivningsbyråer, socialcentraler och liknande, social jour eller annan därmed jämförlig verksamhet.

Nämnden kan utse en särskild person (kontaktperson) eller en familj med uppgift att hjälpa den enskilde och hans eller hennes närmaste i personliga angelägenheter, om den enskilde begär eller samtycker till det. För barn som inte har fyllt 15 år får kontaktperson utses endast om barnets vårdnadshavare begär eller samtycker till det. Har barnet fyllt 15 år får kontaktperson utses endast om barnet självt begär eller samtycker till det.

#### **7 kap**

##### **1 §**

Ett bolag, en förening, en samfällighet, en stiftelse eller en enskild individ får inte utan tillstånd av länsstyrelsen yrkesmässigt bedriva verksamhet i form av

1. hem för vård eller boende,
2. sådana boenden som motsvarar den som avses i 5 kap. 5 § andra stycket eller 5 kap. 7 § tredje stycket,
3. hem för viss annan heldygnsvård,
4. hem eller öppen verksamhet för vård under en begränsad del av dygnet.

Ett bolag, en förening, en samfällighet, en stiftelse eller en enskild individ får inte utan tillstånd av länsstyrelsen yrkesmässigt bedriva verksamhet i form av

1. hem för vård eller boende,
2. sådana boenden som motsvarar den som avses i 5 kap. 5 § andra stycket eller 5 kap. 7 § tredje stycket,
3. hem för viss annan heldygnsvård,
4. hem eller öppen verksamhet för vård under en begränsad del av dygnet.
5. sådana korttidsplatser som avses i 3 kap. 6 § första stycket.

Tillstånd skall sökas hos länsstyrelsen i det län där verksamheten skall bedrivas.

Tillstånd behövs inte för sådan verksamhet som kommunen genom avtal enligt 2 kap. 5 § har överlämnat till en enskild att utföra.

Prop. 2005/06:115  
Bilaga 3

## 8 kap

### 5 §

Den enskildes avgifter får

1. för hemtjänst och dagverksamhet, tillsammans med avgifter som avses i 26 § tredje stycket hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), per månad uppgå till högst en tolfedel av 0,48 gånger prisbasbeloppet,

2. för bostad i särskilt boende per månad uppgå till högst en tolfedel av 0,50 gånger prisbasbeloppet.

Den enskildes avgifter får

1. för hemtjänst, dagverksamhet och *korttidsplats*, tillsammans med avgifter som avses i 26 § tredje stycket hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), per månad uppgå till högst en tolfedel av 0,48 gånger prisbasbeloppet,

2. för bostad i särskilt boende per månad uppgå till högst en tolfedel av 0,50 gånger prisbasbeloppet.

## 11 kap

### 4 a §

*När en person behöver vård och omsorg i boendet skall med den enskildes samtycke en vård- och omsorgsplan upprättas.*

*Planen skall innehålla de sociala och rehabiliterande insatser som kommunen anordnat eller planerar enligt denna lag, de insatser som landstinget och kommunen anordnat eller planerar enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, de medicinska och rehabiliterande insatser som kommunen och landstinget anordnat eller planerar enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) samt de insatser som andra myndigheter eller organisationer erbjuder eller kan komma att erbjuda.*

*I samband med att en vård- och omsorgsplan upprättas ska kommunen utse en särskild samordnare eller kontaktperson som skall samordna insatserna och stödja den enskilde och dennes närstående.*

*Planen skall fortlöpande och minst en gång om året följas upp och utvärderas.*

## Remissinstanser Sammanhållen hemvård (SOU 2004:68)

Prop. 2005/06:115  
Bilaga 4

Riksförsäkringsverket, Socialstyrelsen, Läkemedelsverket, Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN), Statens folkhälsoinstitut, Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), Handikappombudsmannen (HO), Hjälpmedelsinstitutet (HI), Riksrevisionen, Statskontoret, Vetenskapsrådet, Lunds universitet, Umeå universitet, Boverket, Familje-medicinska institutet (Fammi), Länsstyrelsen i Dalarnas län, Länsstyrelsen i Stockholms län, Länsstyrelsen i Uppsala län, Länsstyrelsen i Västerbottens län, Länsstyrelsen i Västra Götalands län, Länsstyrelsen i Östergötlands län, Stockholms kommun, Malmö kommun, Göteborgs kommun, Järfälla kommun, Sigtuna kommun, Södertälje kommun, Uppsala kommun, Älvkarleby kommun, Eskilstuna kommun, Katrineholms kommun, Ydre kommun, Gislaveds kommun, Linköpings kommun, Lessebo kommun, Gotlands kommun, Karlshamns kommun, Bromölla kommun, Burlövs kommun, Helsingborgs kommun, Laholms kommun, Varbergs kommun, Ale kommun, Bengtsfors kommun, Högsby kommun, Skövde kommun, Kristinehamns kommun, Torsby kommun, Örebro kommun, Hallstahammars kommun, Orsa kommun, Ljusdals kommun, Sollefteå kommun, Sundsvalls kommun, Bräcke kommun, Östersunds kommun, Bjurholm kommun, Vilhelmina kommun, Arvidsjaur kommun, Piteå kommun, Övertorneå kommun, Stockholms läns landsting, Landstinget i Uppsala län, Landstinget i Östergötland, Landstinget Kronoberg, Region Skåne, Västra Götalandsregionen, Landstinget Värmland, Landstinget Dalarna, Landstinget Gävleborg, Jämtlands läns landsting, Västernorrlands läns landsting, Norrbottens läns landsting, Dalarnas forskningsråd, Landstingsförbundet, Svenska Kommunförbundet, Sveriges Läkarförbund, Svensk sjuksköterskeförening, Medicinskt Ansvariga Sjuksköterskor (MAS), Sjukgymnasternas riksförbund, Svensk förening för allmänmedicin (SFAM), Distriktssköterskornas riksförening, Föreningen Sveriges socialchefer, Akademikerförbundet (SSR), Vårdförbundet, Svenska kommunalarbetareförbundet, Sveriges kommunaltjänstemannaförbund (SKTF), Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter, Svensk förening för geriatrisk och gerontologisk, Sveriges psykologförbundet, Praktikertjänst, Vårdföretagarna, Carema, Alzheimerföreningen i Sverige, Demensförbundet, Handikappförbundens Samarbetsorganisation (HSO), Pensionärernas Riksorganisation (PRO), Riksförbundet PensionärsGemenskap (RPG), Svenska Kommunalpensionärernas förbund (SKPF), Sveriges Pensionärs Riksförbund (SPRF), Sveriges Pensionärsförbund (SPF), Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum, Ageing Research Center (ARC), Stockholm, PrioriteringsCentrum i Linköping

## Sammanfattning Beviljats men inte fått (SOU 2004:118)

Prop. 2005/06:115  
Bilaga 5

Sedan ett antal år tillbaka har det uppmärksammats att det i stor utsträckning förekommer att kommuner och landsting inte verkställer gynnande beslut enligt socialtjänstlagen och LSS inom rimlig tid samt att ansökningar avslås trots ett bedömt behov av biståndet eller insatsen i fråga. De problem som detta leder till har uppmärksammats i olika sammanhang, se t.ex. Riksdagens revisorers förslag till riksdagen Nationella mål i kommunernas äldreomsorg (2002/03:RR4). Socialstyrelsen har i samarbete med länsstyrelserna vid tre tillfällen sedan år 2000 sammanställt statistik över förekomsten av ej verkställda beslut och domar enligt LSS och socialtjänstlagen. I de två senaste rapporterna återfinns även statistik över antalet avslag trots att nämnden har bedömt att ett behov av biståndet eller insatsen föreligger.

Den 1 juli 2002 trädde nya bestämmelser i kraft som har till syfte att motverka kommunalt domstolstrots. Bland annat infördes nya bestämmelser i socialtjänstlagen och i LSS, som innebär att en sanktionsavgift skall kunna åläggas kommuner och landsting som dröjer alltför länge med att verkställa domar angående insatser enligt dessa lagar. Till grund för bestämmelserna om kommunalt domstolstrots ligger Justitiedepartementets promemoria Kommunalt domstolstrots (Ds 2000:53). Vid remissbehandlingen av promemorian anförde ett flertal remissinstanser att kommuners underlåtenhet att i vissa fall verkställa sina egna gynnande beslut är ett betydligt större problem än domstolstrots och att det är mycket angeläget att åtgärder vidtas för att komma till rätta med detta problem. I propositionen Åtgärder mot kommunalt domstolstrots (prop. 2001/02:122) aviserade regeringen (s. 26 f.) att den avsåg att återkomma i frågan om lämpliga åtgärder för att komma till rätta med problemet med underlåtenhet hos kommuner och landsting att verkställa sina egna gynnande beslut om insatser enligt LSS och socialtjänstlagen. Innan åtgärder övervägdes, avvaktades Socialstyrelsens kartläggning och analys.

I Socialstyrelsens och länsstyrelsernas senaste rapport presenteras statistik över antalet ej verkställda beslut och antalet avslag trots bedömt behov avseende år 2003. Totalt fanns drygt 4 000 beslut enligt socialtjänstlagen och LSS som inte var verkställda. Under år 2003 avslogs totalt drygt 2 000 ansökningar enligt socialtjänstlagen och LSS, trots att behov av biståndet eller insatsen bedömdes föreligga. Kommunerna svarade för huvuddelen av de ej verkställda besluten och avslagen trots bedömt behov.

Enligt direktiven till denna utredning skall utredaren analysera varför det förekommer att beslut av kommuner och landsting inte verkställs och varför det förekommer beslut om avslag trots bedömt behov enligt socialtjänstlagen och LSS. Med utgångspunkt i denna analys skall utredaren föreslå åtgärder som kan bidra till en förbättrad rättssäkerhet för enskilda i förhållande till de rättigheter aktuell lagstiftning ger.

Utredningen har under sitt arbete sammanträffat med ett flertal myndigheter, organisationer och övriga som på olika sätt berörs av de förslag som utredningen lämnar i detta betänkande. Flera resor har gjorts för sammanträffanden med tjänstemän vid kommunernas socialnämnder

eller motsvarande, landstingens råd- och stödenheter samt länsstyrelsernas sociala enheter. Utredningen har även genomfört en enkätundersökning.

Prop. 2005/06:115  
Bilaga 5

## Analys

### Varför verkställs inte gynnande beslut av kommuner och landsting?

Utredningen har kunnat konstatera att det finns ett flertal orsaker till att beslut av kommuner och landsting inte verkställs. När det gäller beslut om plats i särskilda boendeformer<sup>1</sup> anges den främsta orsaken vara brist på platser. Resursbrist uppges ofta vara den huvudsakliga orsaken till att antalet platser i de särskilda boendeformerna<sup>1</sup> inte är tillräckligt. Kostnaderna för omsorgen om äldre och funktionshindrade har under senare år ökat samtidigt som de ekonomiska resurserna i många kommuner inte anses vara tillräckliga.

En annan viktig orsak till de ej verkställda besluten är en bristande planering i kommunerna, både på kort och på lång sikt. Det kan handla om ett bristfälligt underlag för en tillförlitlig bedömning av det framtida behovet av särskilda boendeformer. Brister i planering och samordning över förvaltningsgränserna är också mycket påtagliga.

Vid kontakter med bl.a. tjänstemän i kommuner och vid länsstyrelser har anförts att det hos fullmäktigeledamöterna i många kommuner finns bristfälliga kunskaper om lagstiftningen och förhållandena i kommunen och att detta påverkar kommunernas anslagshantering. Det förekommer också på många håll brister i uppföljningen av fattade beslut. I många fall saknas rutiner för uppföljning av besluten.

När det gäller ej verkställda beslut om insatser enligt LSS, utgör besluten om kontaktperson cirka hälften och svarar för den överlägset största andelen. Som huvudorsak till problemen att verkställa denna insats anges svårigheter att rekrytera kontaktpersoner. Att hitta en kontaktperson som passar till den enskilde brukaren anges också som en svårighet.

Att ett gynnande beslut inte verkställs kan också bero på den enskilde. Den enskilde tackar exempelvis i vissa fall nej till det boende som erbjuds, eftersom boendets geografiska placering, utformning, standard etc. inte motsvarar den enskildes önskemål, eller då boendet inte upplevs vara anpassat till den enskildes behov. I många kommuner anses ärendet inte som avslutat trots att den enskilde tackat nej, eftersom behovet kvarstår. Beslutet kvarstår därmed tills vidare som ej verkställt.

Landstinget svarar för insatsen rådgivning och annat personligt stöd enligt LSS, s.k. råd och stöd. Det råder i dag oklarheter om vilka typer av insatser som kan utgöra råd och stöd. Regeringsrätten har funnit att habiliteringsinsatser inte kan anses som råd och stöd enligt LSS. En översyn av insatsen har gjorts av LSS- och hjälpmedelsutredningen (S 2001:06), som har haft regeringens uppdrag att bl.a. förtydliga insatsen. Med hän-

<sup>1</sup> Med särskilda boendeformer avses här särskilda boenden och korttidsboenden för äldre och funktionshindrade enligt socialtjänstlagen samt bostäder med särskild service för funktionshindrade enligt LSS.



syn till den rådande osäkerheten om innehållet i insatsen och då landstingens verksamheter enligt LSS i dag skiljer sig åt i stor omfattning, är det mycket svårt att göra en djupare analys av omfattningen av problemet med ej verkställda beslut om råd och stöd och eventuella orsaker härtill.

Prop. 2005/06:115  
Bilaga 5

### **Varför avslås ansökningar trots ett bedömt behov?**

När det bedöms att möjligheter saknas att verkställa ett beslut inom rimlig tid förekommer det i en del kommuner att ett avslag på en ansökan meddelas, trots att ett behov av den sökta insatsen anses föreligga. I landstingen förekommer detta i mycket liten utsträckning. Antalet avslag trots bedömt behov varierar mycket kraftigt mellan olika län och kommuner i landet. I några län förekommer avslag trots bedömt behov i betydligt större omfattning än i övriga. Länsstyrelsens information till kommunerna i länet tycks spela en stor roll i detta avseende. I de län där antalet ej verkställda gynnande beslut är mindre finns en tendens till att avslag trots bedömt behov förekommer i större utsträckning och omvänt. Vanligen framförs rättssäkerhetsskäl som argument för att meddela ett avslagsbeslut i stället för ett gynnande beslut, i de fall kommunen inte kan verkställa beslutet inom rimlig tid. Genom att kommunen meddelar ett avslag på grund av platsbrist ges den enskilde möjlighet att överklaga beslutet till länsrätten. Till stöd för denna handläggning åberopas ofta ett beslut av JO. När det gäller beslut om avslag enligt socialtjänstlagen överklagas dessa beslut dock i mycket liten omfattning, trots att den enskilde bedöms vara i behov av aktuellt bistånd. Avslagsbeslut enligt LSS trots ett bedömt behov av sökt insats överklagas endast i ungefär hälften av fallen.

## **Bedömningar och förslag**

### **Utgångspunkter**

Principerna, som fastslås i regeringsformen, om att den offentliga makten utövas under lagarna och med respekt för alla människors lika värde kan allvarligt ifrågasättas, om vissa kommuner underlåter att på ett korrekt sätt tillämpa de beslut som riksdagen fattat. Staten kan inte acceptera att kommuner och landsting fortsätter att sätta sig över tvingande lagar. Om det skulle visa sig att det inte är möjligt att få till stånd en korrekt tillämpning av de lagar som riksdagen beslutat finns det enligt utredningens uppfattning bara ett alternativ, nämligen att ändra lagstiftningen genom att sänka ambitionsnivån i denna. Ur samhällets perspektiv skulle det självfallet innebära ett stort misslyckande, om man inte kan tillförsäkra enskilda människor de rättigheter som riksdagen genom olika lagar tillerkänt dem. Det är dock utredningens förhoppning att man skall kunna komma till rätta med problemen med ej verkställda beslut och avslag trots bedömt behov genom de förslag och bedömningar som utredningen presenterar i detta betänkande.

Med utgångspunkt i de iakttagelser som utredningen har gjort under sitt arbete görs i detta betänkande i huvudsak följande bedömningar och lämnas följande förslag.

### **Bättre handläggning av ärenden**

Enligt utredningens bedömning behöver den formella handläggningen av ärenden enligt socialtjänstlagen och LSS förbättras. Återkommande utbildning i förvaltningsrätt är en viktig åtgärd för att höja rättssäkerheten för de personer som ansöker om bistånd och insatser. Det är angeläget att länsstyrelserna lämnar kommuner och landsting vägledning bl.a. om den formella handläggningen. Det är även angeläget att länsstyrelserna utövar tillsyn över denna handläggning. För att förbättra handläggningen bör Socialstyrelsen tillhandahålla allmänna råd om handläggning och dokumentation. Socialstyrelsen bör också tillhandahålla materiell vägledning.

### **Bättre samverkan och planering**

Det är angeläget att varje kommunledning ser till att samverkan mellan berörda förvaltningar fungerar och att kommunernas övergripande boendeplanering uttryckligen beaktar behoven hos äldre och funktionshindrade. Stor vikt bör läggas vid analyser av framtida behov. Kompetens för detta måste säkras inom socialtjänsten. Det är mycket viktigt att länsstyrelserna på ett aktivt sätt verkar för att kommunerna och landstingen planerar för att kunna tillgodose framtida behov. För att möjliggöra en effektiv kommunal planering för äldre och funktionshindrade, bedömer utredningen även att det finns anledning att se över om 7 a § lagen (2001:454) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten bör ändras.

### **En ökad användning av individuell plan**

Individuell plan enligt 10 § LSS bör, enligt utredningens mening, användas i större omfattning än i dag. LSS- och hjälpmedelsutredningen (S 2001:06) har föreslagit att den enskilde skall erbjudas att en individuell plan med beslutade och planerade insatser upprättas i samråd med honom eller henne, i samband med att insats enligt LSS beviljas. Detta förslag bör på ett effektivt sätt kunna bidra till en ökad användning av individuell plan.

### **Avslag på ansökningar om insatser enligt socialtjänstlagen eller LSS trots ett bedömt behov är inte förenliga med gällande rätt**

Enligt utredningens bestämda uppfattning är det inte förenligt med gällande lagstiftning att avslå ansökningar om bistånd enligt socialtjänstlagen eller insatser enligt LSS genom att åberopa att ett gynnande beslut inte bedöms kunna verkställas inom rimlig tid, när samtliga förutsättningar för att meddela ett bifallsbeslut föreligger. I dessa fall skall ett bifallsbeslut ovillkorligen meddelas. På grund av den låga överklagandefrekvensen får förfarandet, att i de aktuella fallen avslå ansökningar, motsatt effekt i förhållande till den avsedda – att stärka den enskildes rättssäkerhet.

## **En utvidgad granskningsmöjlighet för revisorerna**

Prop. 2005/06:115  
Bilaga 5

Utredningen föreslår att revisorernas granskning i kommuner och landsting även får omfatta ärenden som avser myndighetsutövning mot en enskild, när granskningen gäller hur nämnderna verkställer sina egna gynnande beslut.

## **En rapporteringsskyldighet införs**

Utredningen föreslår att en rapporteringsskyldighet skall införas för kommuner och landsting beträffande ej verkställda gynnande beslut enligt 4 kap. 1 § socialtjänstlagen och 9 § LSS. Rapportering skall ske till länsstyrelsen, kommunens eller landstingets revisorer samt fullmäktige. Det finns flera syften med rapporteringsskyldigheten. Kommunernas och landstingens uppföljning av gynnande beslut förbättras, samtidigt som även möjligheterna att planera

20

SOU 2004:118 Sammanfattning verksamheten påverkas i positiv riktning. Vidare får fullmäktiges ledamöter – som ytterst är ansvariga för fördelningen av medel – bättre information om situationen beträffande ej verkställda gynnande beslut. Revisorernas granskning och länsstyrelsernas tillsyn underlättas. Dessutom blir frågan om ej verkställda gynnande beslut synlig även för invånarna, i och med den föreslagna rapporteringsskyldigheten till fullmäktige.

Nämnden skall, enligt utredningens förslag, till länsstyrelsen och revisorerna rapportera alla gynnande nämndbeslut som inte har verkställts inom två månader från och med dagen för beslutet. För varje beslut skall nämnden ange tidpunkten för beslutet och vilken typ av insats beslutet gäller samt kortfattat uppge skälen för dröjsmålet. Rapporteringen skall ske en gång per månad. Motsvarande rapporteringsskyldighet skall även gälla beslut som tidigare varit verkställda, men där verkställigheten avbrutits. Rapporteringsskyldigheten skall gälla beslut som inte har verkställts på nytt inom två månader från och med den dag då verkställigheten avbröts. Rapporteringen skall även här ske en gång per månad.

Rapporteringsskyldigheten till fullmäktige föreslås ske genom att nämnden lämnar en statistikrapport över hur många av de gynnande besluten som inte har verkställts inom två månader från och med dagen för besluten, vilka typer av insatser dessa beslut gäller samt hur lång tid som förflutit från dagen för respektive beslut. Rapporteringen skall utformas på ett sådant sätt att den inte strider mot sekretesslagstiftningen och skall ske en gång per månad. Motsvarande rapporteringsskyldighet skall även gälla beslut som tidigare varit verkställda, men där verkställigheten avbrutits.

## **Sanktionsavgifter införs**

En av de bärande tankarna bakom förslagen i detta betänkande är att ge kommuner och landsting verktyg för att de skall kunna full-göra sina uppgifter på ett bättre sätt. Detta föreslås ske bl.a. genom den beskrivna rapporteringsskyldigheten. För att kunna åstadkomma att gynnande

beslut verkställs inom skälig tid krävs dock, enligt utredningens mening, även ett effektivt yttersta påtryckningsmedel.

Utredningen föreslår att en kommun eller ett landsting som inte inom skälig tid tillhandahåller bistånd enligt socialtjänstlagen eller en insats enligt LSS, som någon är berättigad till enligt ett beslut av kommunen eller landstinget, skall åläggas att betala en särskild avgift. Detsamma gäller en kommun eller ett landsting som, efter det att verkställigheten av sådant bistånd eller en sådan insats avbrutits, inte inom skälig tid på nytt tillhandahåller biståndet eller insatsen. Sanktionsavgiften får, enligt utredningens förslag, bestämmas till lägst tio tusen kronor och högst en miljon kronor. När avgiftens storlek fastställs skall särskilt beaktas hur länge dröjsmålet pågått och hur allvarligt det i övrigt kan anses vara. En ny sanktionsavgift får beslutas för den ytterligare period som ett gynnande beslut inte verkställts. Avgiften får efterges om det finns synnerliga skäl för det. I ringa fall skall inte någon avgift tas ut. Frågor om sanktionsavgift prövas av länsrätten, efter ansökan av länsstyrelsen. Mål om prövning av ansökningar om sanktionsavgifter skall, enligt utredningens förslag, handläggas skyndsamt i allmän förvaltningsdomstol.

Enligt utredningens mening är de främsta fördelarna med sanktionsavgifter att de kan "skräddarsys" för de områden där de skall användas och att de kan åläggas utan att uppsåt eller oaktsamhet behöver styrkas. Utredningen anser att effektiviteten i sanktionen är av avgörande betydelse vid ställningstagande till vilket yttersta påtryckningsmedel som bör väljas, för att förmå kommuner och landsting att inom skälig tid verkställa sina gynnande beslut.

Den föreslagna sanktionsavgiften är avsedd som en yttersta åtgärd. Den bedöms bara komma att behöva tillgripas i ett mindre antal fall. Utredningen vill särskilt betona att huvudvikten i förslagen ligger i att inom kommunen och landstinget skapa en medvetenhet om vad en rättighetslagstiftning innebär och hur de specifika behov som finns inom kommunen eller landstinget ser ut, för att dessa behov sedan skall kunna tillgodoses.

### **Särskilda problem vid rekrytering av kontaktpersoner**

Utredningen anser att insatsen biträde av kontaktperson enligt 9 § 4 LSS är av mycket stort värde för den enskilde brukaren, i de fall kontaktpersonen kan utgöra det stöd som avses. Det är därför viktigt att alla brukare enligt LSS, som är i behov av en kontaktperson, också får det stöd som kontaktpersonen kan ge. Utredningen har dock funnit att kommunerna i dag har svårigheter att rekrytera kontaktpersoner. Förutsättningarna för att med framgång kunna rekrytera kontaktpersoner behöver därför förbättras. Åtgärder för att underlätta rekryteringsarbetet i kommunerna bör övervägas.

### **Ändringar i bestämmelserna om kommunalt domstolstrots**

Utredningen föreslår slutligen vissa ändringar i bestämmelserna om kommunalt domstolstrots. Detta görs för att bestämmelserna om sanktionsavgift vid domstolstrots i erforderliga delar skall överensstämma

med de föreslagna bestämmelserna om sanktionsavgift vid ej verkställda beslut.

Prop. 2005/06:115  
Bilaga 5

### **Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen**

Utredningens förslag leder i viss mån till att den kommunala självstyrelsen inskränks. Med hänsyn till syftet med förslagen anser utredningen dock att denna inskränkning är godtagbar.

### **Ikraftträdande**

Lagändringarna föreslås träda i kraft den 1 juli 2006.

1 Förslag till lag om ändring i kommunallagen  
(1991:900)<sup>1</sup>

Härigenom föreskrivs i fråga om kommunallagen (1991:900) att 9 kap. 10 § skall ha följande lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

**9 kap.**  
10 §<sup>2</sup>

Revisorernas granskning omfattar inte ärenden som avser myndighetsutövning mot någon enskild i andra fall än

1. när handläggningen av sådana ärenden har vållat kommunen eller landstinget ekonomisk förlust,

2. när granskningen gäller hur nämnderna verkställer *avgöranden av allmänna förvaltningsdomstolar, eller*

3. när granskningen *sker från allmänna synpunkter.*

2. när granskningen gäller hur nämnderna verkställer *egna gynnande beslut,*

3. när granskningen gäller *hur nämnderna verkställer avgöranden av allmänna förvaltningsdomstolar, eller*

4. när granskningen *sker från allmänna synpunkter.*

---

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2006.

<sup>1</sup> Lagen omtryckt 2004:93.

<sup>2</sup> Senaste lydelse 2002:438.

## 2 Förslag till lag om ändring i lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade

Prop. 2005/06:115  
Bilaga 6

Härigenom föreskrivs i fråga om lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade

*dels* att 28 a, 28 c och 28 d §§ skall ha följande lydelse,

*dels* att det i lagen skall införas tre nya paragrafer, 28 e-g §§, samt närmast före 28 e § en ny rubrik av följande lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

28 a §<sup>3</sup>

*En kommun eller ett landsting som inte inom skälig tid tillhandahåller en insats enligt 9 § som någon är berättigad till enligt ett beslut av en sådan nämnd som avses i 22 §, skall åläggas att betala en särskild avgift. Detsamma gäller en kommun eller ett landsting som inte inom skälig tid på nytt tillhandahåller insatsen efter det att verkställigheten av ett sådant beslut avbrutits.*

En kommun eller ett landsting som *underlåter att utan oskäligt dröjsmål tillhandahålla* en insats enligt 9 § som någon är berättigad till enligt en domstols avgörande, skall åläggas att betala en särskild avgift.

En kommun eller ett landsting som *inte inom skälig tid tillhandahåller* en insats enligt 9 § som någon är berättigad till enligt en domstols avgörande, skall åläggas att betala en särskild avgift. *Detsamma gäller en kommun eller ett landsting som inte inom skälig tid på nytt tillhandahåller insatsen efter det att verkställigheten av ett sådant avgörande avbrutits.*

*Avgiften tillfaller staten.*

*Avgifter enligt denna paragraf tillfaller staten.*

28 c §<sup>4</sup>

Frågor om särskild avgift prövas efter ansökan av länsstyrelsen av den länsrätt inom vars domkrets kommunen är belägen. En ansökan som avser ett landsting prövas av den länsrätt inom vars domkrets landstingets förvaltning förs.

*Mål om särskild avgift enligt denna lag skall handläggas skyndsamt.*

<sup>3</sup> Senaste lydelse 2002:439.

<sup>4</sup> Senaste lydelse 2002:439.

Prövningstillstånd krävs vid överklagande till kammarrätten.

#### 28 d §<sup>5</sup>

Om en kommun eller ett landsting efter att ha ålagts att betala särskild avgift fortfarande underlåter att tillhandahålla insatsen får ny särskild avgift dömas ut.

*Särskild avgift enligt 28 a § första stycket får dömas ut bara om ansökan enligt 28 c § delgetts kommunen eller landstinget inom två år från tidpunkten för det gynnande beslutet om insatsen eller inom två år från och med den dag då verkställigheten av det gynnande beslutet avbröts.*

Särskild avgift får dömas ut bara om ansökan enligt 28 c § delgetts kommunen eller landstinget inom två år från det att domen om insatsen vunnit laga kraft.

*Särskild avgift enligt 28 a § andra stycket får dömas ut bara om ansökan enligt 28 c § delgetts kommunen eller landstinget inom två år från det att domen om insatsen vunnit laga kraft eller inom två år från och med den dag då verkställigheten av domen avbröts.*

#### *Rapporteringskyldighet*

#### 28 e §

*En sådan nämnd som avses i 22 § skall dels till länsstyrelsen, dels till de revisorer som avses i 3 kap. 8 § kommunallagen (1991:900) rapportera alla gynnande nämndbeslut enligt 9 § som inte har verkställts inom två månader från och med dagen för beslutet. För varje beslut skall nämnden ange tidpunkten för beslutet och vilken typ av insats beslutet gäller samt kortfattat uppge skälen för dröjsmålet. Nämnden skall vidare dels till länsstyrelsen, dels till revisorerna rapportera alla gynnande nämndbeslut enligt 9 § som inte har verkställts på nytt inom två månader från och med den dag då verkställigheten avbröts. För varje beslut skall nämnden ange tidpunkten för beslutet och vilken typ av insats beslutet gäller samt*

<sup>5</sup> Senaste lydelse 2002:439.



*kortfattat uppge skälen för dröjsmålet. Rapportering enligt denna para-graf skall ske en gång per månad.*

*28 f §*

*En sådan nämnd som avses i 22 § skall dels till länsstyrelsen, dels till de revisorer som avses i 3 kap. 8 § kommunallagen (1991:900) anmäla när man senare har verkställt ett gynnande beslut som enligt 28 e § har rapporterats som ej verkställt. Datum för verkställigheten skall då anges.*

*28 g §*

*En sådan nämnd som avses i 22 § skall till fullmäktige lämna en statistikrapport över hur många av nämndens gynnande beslut enligt 9 § som inte har verkställts inom två månader från och med dagen för besluten samt vilka typer av insatser dessa beslut gäller.*

*Nämnden skall vidare ange hur lång tid som förflutit från dagen för respektive beslut. Nämnden skall till fullmäktige även lämna en statistikrapport över hur många av nämndens gynnande beslut enligt 9 § som inte har verkställts på nytt inom två månader från och med den dag då verkställigheten avbröts. Nämnden skall vidare ange vilka typer av insatser dessa beslut gäller samt hur lång tid som förflutit från dagen för respektive beslut.*

*Rapportering enligt denna paragraf skall ske en gång per månad.*

---

1. Denna lag träder i kraft den 1 juli 2006.

2. I fråga om särskild avgift med anledning av dröjsmål med att verkställa en kommuns eller ett landstings gynnande beslut får enbart tid från och med lagens ikraftträdande beaktas vid bedömningen av om skälig tid överskridits. Detsamma gäller i fråga om särskild avgift med anledning av dröjsmål med att verkställa en kommuns eller ett landstings gynnande beslut eller en domstols gynnande avgörande, om verkställigheten av beslutet eller domen avbrutits.

### 3 Förslag till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453)

Prop. 2005/06:115  
Bilaga 6

Härigenom föreskrivs i fråga om socialtjänstlagen (2001:453) dels att 16 kap. 6 a, 6 c och 6 d §§ skall ha följande lydelse, dels att det i lagen skall införas tre nya paragrafer, 16 kap. 6 e–g §§, samt närmast före 6 e § en ny rubrik av följande lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

#### **16 kap.**

##### **6 a §<sup>6</sup>**

*En kommun som inte inom skälig tid tillhandahåller bistånd enligt 4 kap. 1 § som någon är berättigad till enligt ett beslut av socialnämnden, skall åläggas att betala en särskild avgift. Detsamma gäller en kommun som inte inom skälig tid på nytt tillhandahåller biståndet efter det att verkställigheten av ett sådant beslut avbrutits.*

En kommun som *underlåter att utan oskäligt dröjsmål tillhandahålla* bistånd enligt 4 kap. 1 § som någon är berättigad till enligt en domstols avgörande, skall åläggas att betala en särskild avgift.

En kommun som *inte inom skälig tid tillhandahåller* bistånd enligt 4 kap. 1 § som någon är berättigad till enligt en domstols avgörande, skall åläggas att betala en särskild avgift. *Detsamma gäller en kommun som inte inom skälig tid på nytt tillhandahåller biståndet efter det att verkställigheten av ett sådant avgörande avbrutits. Avgiften tillfaller staten.*

*Avgifter enligt denna paragraf tillfaller staten.*

##### **6 c §<sup>7</sup>**

Frågor om särskild avgift prövas efter ansökan av länsstyrelsen av den länsrätt inom vars domkrets kommunen är belägen.

*Mål om särskild avgift enligt denna lag skall handläggas skyndsamt*

<sup>6</sup> Senaste lydelse 2002:437.

<sup>7</sup> Senaste lydelse 2002:437.

Om en kommun efter att ha ålagts att betala särskild avgift fortfarande underlåter att tillhandahålla biståndet får ny särskild avgift dömas ut.

*Särskild avgift enligt 6 a § första stycket får dömas ut bara om ansökan enligt 6 c § delgetts kommunen inom två år från tidpunkten för det gynnande beslutet om biståndet eller inom två år från och med den dag då verkställigheten av det gynnande beslutet avbröts.*

Särskild avgift får dömas ut bara om ansökan enligt 6 c § delgetts kommunen inom två år från det att domen om biståndet vunnit laga kraft.

*Särskild avgift enligt 6 a § andra stycket får dömas ut bara om ansökan enligt 6 c § delgetts kommunen inom två år från det att domen om biståndet vunnit laga kraft eller inom två år från och med den dag då verkställigheten av domen avbröts.*

#### *Rapporteringskyldighet*

#### *6 e §*

*Socialnämnden skall dels till länsstyrelsen, dels till de revisorer som avses i 3 kap. 8 § kommunalagen (1991:900) rapportera alla gynnande nämndbeslut enligt 4 kap. 1 § som inte har verkställts inom två månader från och med dagen för beslutet. För varje beslut skall nämnden ange tidpunkten för beslutet och vilken typ av bistånd beslutet gäller samt kortfattat uppge skälen för dröjsmålet.*

*Socialnämnden skall vidare dels till länsstyrelsen, dels till revisorerna rapportera alla gynnande nämndbeslut enligt 4 kap. 1 § som inte har verkställts på nytt inom två månader från och med den dag då verkställigheten avbröts. För varje beslut skall nämnden ange tidpunkten för beslutet och vilken typ av bistånd beslutet gäller samt kortfattat uppge skälen för dröjsmålet.*

<sup>8</sup> Senaste lydelse 2002:437.

*6 f §*

*Socialnämnden skall dels till länsstyrelsen, dels till de revisorer som avses i 3 kap. 8 § kommunalagen (1991:900) anmäla när man senare har verkställt ett gynnande beslut som enligt 6 e § har rapporterats som ej verkställt. Datum för verkställigheten skall då anges.*

*6 g §*

*Socialnämnden skall till fullmäktige lämna en statistikrapport över hur många av nämndens gynnande beslut enligt 4 kap. 1 § som inte har verkställts inom två månader från och med dagen för besluten samt vilka typer av bistånd dessa beslut gäller.*

*Nämnden skall vidare ange hur lång tid som förflutit från dagen för respektive beslut. Nämnden skall till fullmäktige även lämna en statistikrapport över hur många av nämndens gynnande beslut enligt 4 kap. 1 § som inte har verkställts på nytt inom två månader från och med den dag då verkställigheten avbröts. Nämnden skall vidare ange vilka typer av bistånd dessa beslut gäller samt hur lång tid som förflutit från dagen för respektive beslut.*

*Rapportering enligt denna paragraf skall ske en gång per månad.*

---

1. Denna lag träder i kraft den 1 juli 2006.

2. I fråga om särskild avgift med anledning av dröjsmål med att verkställa en kommuns gynnande beslut får enbart tid från och med lagens ikraftträdande beaktas vid bedömningen av om skälig tid överskridits. Detsamma gäller i fråga om särskild avgift med anledning av dröjsmål med att verkställa en kommuns gynnande beslut eller en domstols gynnande avgörande, om verkställigheten av beslutet eller domen avbrutits.

## Remissinstanser Beviljats men inte fått (SOU 2004:118).

Prop. 2005/06:115  
Bilaga 7

Justitieombudsmannen (JO), Kammarrätten i Göteborg, Länsrätten i Västmanlands län, Länsrätten i Göteborg län, Länsrätten i Örebro län, Domstolsverket, Socialstyrelsen, Handikappombudsmannen (HO), Boverket, Länsstyrelsen i Stockholms län, Länsstyrelsen i Uppsala län, Länsstyrelsen i Södermanlands län, Länsstyrelsen Gotlands län, Länsstyrelsen i Hallands län, Länsstyrelsen i Västerbottens län, Stockholms kommun, Malmö kommun, Göteborgs kommun, Huddinge kommun, Lidingö kommun, Norrtälje kommun, Vallentuna kommun, Flens kommun, Gnesta kommun, Strängnäs kommun, Norrköpings kommun, Ödeshögs kommun, Gnosjö kommun, Trelleborg kommun, Borås kommun, Melleruds kommun, Strömstad kommun, Tidaholms kommun, Degerfors kommun, Bollnäs kommun, Ockelbo kommun, Ljusdal kommun, Härjedalens kommun, Åre kommun, Kiruna kommun, Luleå kommun, Älvsbyns kommun, Stockholms läns landsting, Landstinget Sörmland, Landstinget i Östergötland, Landstinget i Jönköpings län, Landstinget i Kalmar län, Landstinget i Skåne, Landstinget Gävleborg, Västerbottens läns landsting, Norrbottens läns landsting, Sveriges kommuner och landsting, Vårdföretagarna, Handikappförbundens samarbetsorganisation (HSO), Demensförbundet, Pensionärernas Riksorganisation (PRO), Riksförbundet PensionärsGemenskap (RPG), Svenska Kommunalpensionärernas förbund (SKPF), Sveriges Pensionärs Riksförbund (SPRF), Sveriges Pensionärsförbund (SPF)

# Lagförslag Kommunal befogenhet att tillhandahålla hushållsnära tjänster åt äldre,

Prop. 2005/06:115  
Bilaga 8

## 1 Förslag till lag om kommunal befogenhet att tillhandahålla hushållsnära tjänster åt äldre

Härigenom föreskrivs följande.

1 § En kommun får tillhandahålla hushållsnära tjänster åt äldre personer utan föregående individuell behovsprövning.

Med hushållsnära tjänster avses tjänster av servicekaraktär i hemmet såsom städning, tvätt och liknande insatser som inte utgör personlig omvårdnad.

2 § För hushållsnära tjänster får kommunen ta ut skäliga avgifter enligt grunder som kommunen bestämmer. Avgifterna får dock inte överstiga kommunens självkostnader.

3 § Denna lag inskränker inte de skyldigheter som en kommun har enligt socialtjänstlagen (2001:453).

---

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2006.

## Remissinstanser Kommunal befogenhet att tillhandahålla hushållsnära tjänster åt äldre

Prop. 2005/06:115  
Bilaga 9

Kammarrätten i Sundsvall, Länsrätten i Stockholm, Länsrätten i Örebro, Riksrevisionen, Kommerskollegium, Socialstyrelsen, Skatteverket, Nämnden för offentlig upphandling, Statskontoret, Konkurrensverket, NUTEK, Stockholms kommun, Östhammars kommun, Flens kommun, Linköpings kommun, Motala kommun, Jönköpings kommun, Markaryds kommun, Borgholms kommun, Karlskrona kommun, Helsingborgs kommun, Lunds kommun, Halmstads kommun, Göteborgs kommun, Marks kommun, Karlstads kommun, Ljusnarsbergs kommun, Örebro kommun, Sala kommun, Västerås kommun, Borlänge kommun, Bollnäs kommun, Sundsvalls kommun, Härjedalens kommun, Lycksele kommun, Kiruna kommun, Sveriges Kommuner och Landsting, Svenskt näringsliv, Företagarna, Landsorganisationen i Sverige (LO), ALMEGA

## 1 Lagtext

Regeringen har följande förslag till lagtext

### 1.1 Förslag till lag om ändring i kommunallagen (1991:900)

Härigenom föreskrivs att 9 kap. 10 § kommunallagen (1991:900) skall ha följande lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

#### **9 kap.** **10 §<sup>1</sup>**

Revisorernas granskning omfattar inte ärenden som avser myndighetsutövning mot någon enskild i andra fall än

1. när handläggningen av sådana ärenden har vållat kommunen eller landstinget ekonomisk förlust,

2. när granskningen gäller hur nämnderna verkställer avgöranden av allmänna förvaltningsdomstolar, eller

3. när granskningen sker från allmänna synpunkter.

2. när granskningen gäller hur socialnämnderna verkställer egna gynnande beslut enligt socialtjänstlagen (2001:453),

3. när granskningen gäller hur nämnderna verkställer avgöranden av allmänna förvaltningsdomstolar, eller

4. när granskningen sker från allmänna synpunkter.

---

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2006.

<sup>1</sup> Lagen omtryckt 2004:93.



1.2 Förslag till lag om ändring i socialtjänstlagen  
(2001:453)

Prop. 2005/06:115  
Bilaga 10

Härigenom föreskrivs i fråga om socialtjänstlagen (2001:453) dels att 16 kap. 6 a, 6 b och 6 d §§ skall ha följande lydelse, dels att det i lagen skall införas tre nya paragrafer, 16 kap. 6 e–g §§, samt närmast före 16 kap. 6 e § en ny rubrik av följande lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

**16 kap.**

**6 a §<sup>1</sup>**

*En kommun som inte inom skälig tid tillhandahåller bistånd enligt 4 kap. 1 § som någon är berättigad till enligt ett beslut av socialnämnden, skall åläggas att betala en särskild avgift. Detsamma gäller en kommun som inte inom skälig tid på nytt tillhandahåller biståndet efter det att verkställigheten av ett sådant beslut avbrutits.*

En kommun som *underlåter att utan oskäligt dröjsmål tillhandahålla* bistånd enligt 4 kap. 1 § som någon är berättigad till enligt en domstols avgörande, skall åläggas att betala en särskild avgift.

En kommun som *inte inom skälig tid tillhandahåller* bistånd enligt 4 kap. 1 § som någon är berättigad till enligt en domstols avgörande, skall åläggas att betala en särskild avgift. *Detsamma gäller en kommun som inte inom skälig tid på nytt tillhandahåller biståndet efter det att verkställigheten av ett sådant avgörande avbrutits.*

*Avgiften tillfaller staten.*

*Avgifter enligt denna paragraf tillfaller staten.*

**6 b §<sup>2</sup>**

Den särskilda avgiften fastställs till lägst tio tusen kronor och högst en miljon kronor.

När avgiftens storlek fastställs skall det särskilt beaktas hur *länge* dröjsmålet pågått och hur allvarligt det i övrigt kan anses vara.

När avgiftens storlek fastställs skall det särskilt beaktas hur *lång tid* dröjsmålet *har* pågått och hur allvarligt det i övrigt kan anses vara

Avgiften får efterges om det finns synnerliga skäl för det. I ringa fall skall inte någon avgift tas ut.

<sup>1</sup> Senaste lydelse 2002:437.

<sup>2</sup> Senaste lydelse 2002:437.

Om en kommun efter att ha ålagts att betala särskild avgift fortfarande underlåter att tillhandahålla biståndet får ny särskild avgift dömas ut.

*Särskild avgift enligt 6 a § första stycket får dömas ut bara om ansökan enligt 6 c § delgetts kommunen inom två år från tidpunkten för det gynnande beslutet om biståndet eller inom två år från det att verkställigheten av det gynnande beslutet avbrutits.*

Särskild avgift får dömas ut bara om ansökan enligt 6 c § delgetts kommunen inom två år från det att domen om biståndet vunnit laga kraft.

*Särskild avgift enligt 6 a § andra stycket får dömas ut bara om ansökan enligt 6 c § delgetts kommunen inom två år från det att domen om biståndet vunnit laga kraft eller inom två år från det att verkställigheten av domen avbrutits.*

#### *Rapporteringskyldighet*

##### *6 e §*

*Socialnämnden skall till länsstyrelsen och till de revisorer som avses i 3 kap. 8 § kommunallagen (1991:900) rapportera alla gynnande nämndbeslut enligt 4 kap. 1 § som inte har verkställts inom tre månader från och med dagen för beslutet. För varje beslut skall nämnden ange tidpunkten för beslutet och vilken typ av bistånd beslutet gäller samt kortfattat uppge skälen för dröjsmålet.*

*Socialnämnden skall vidare dels till länsstyrelsen, dels till revisorerna rapportera alla gynnande nämndbeslut enligt 4 kap. 1 § som inte har verkställts på nytt inom tre månader från och med den dag då verkställigheten avbröts. För varje beslut skall nämnden ange tidpunkten för beslutet och vilken typ av bistånd beslutet gäller samt kortfattat uppge skälen för dröjsmålet.*

*Rapportering enligt denna para-*

<sup>3</sup> Senaste lydelse 2002:437.

*graf skall ske en gång per kvartal.*

Prop. 2005/06:115  
Bilaga 10

*6 f §*

*Socialnämnden skall till länsstyrelsen och till de revisorer som avses i 3 kap. 8 § kommunallagen (1991:900) anmäla när nämnden har verkställt ett gynnande beslut som enligt 6 e § har rapporterats som ej verkställt. Datum för verkställigheten skall då anges.*

*6 g §*

*Socialnämnden skall till fullmäktige lämna en statistikrapport över hur många av nämndens gynnande beslut enligt 4 kap. 1 § som inte har verkställts inom tre månader från och med dagen för respektive beslut. Nämnden skall vidare ange vilka typer av bistånd dessa beslut gäller samt hur lång tid som förflutit från dagen för respektive beslut.*

*Nämnden skall till fullmäktige även lämna en statistikrapport över hur många av nämndens gynnande beslut enligt 4 kap. 1 § som inte har verkställts på nytt inom tre månader från och med den dag då verkställigheten avbröts. Nämnden skall vidare ange vilka typer av bistånd dessa beslut gäller samt hur lång tid som förflutit från dagen för respektive beslut.*

*Rapportering enligt denna paragraf skall ske en gång per kvartal.*

---

1. Denna lag träder i kraft den 1 juli 2006.

2. I fråga om särskild avgift med anledning av dröjsmål med att verkställa en kommuns gynnande beslut får enbart tid från och med lagens ikraftträdande beaktas vid bedömningen av om skälig tid överskridits. Detsamma gäller i fråga om särskild avgift med anledning av dröjsmål med att verkställa en kommuns gynnande beslut eller en domstols gynnande avgörande, om verkställigheten av beslutet eller domen avbrutits.

# Lagrådets yttrande

Prop. 2005/06:115  
Bilaga 11

Utdrag ur protokoll vid sammanträde 2006-02-20

**Närvarande:** f.d. justitierådet Staffan Magnusson, justitierådet Leif Thorsson och f.d. regeringsrådet Karl-Ingvar Rundqvist.

## **Stärkt rättssäkerhet för personer som beviljats bistånd**

Enligt en lagrådsremiss den 9 februari 2006 (Socialdepartementet) har regeringen beslutat inhämta Lagrådets yttrande över förslag till

1. lag om ändring i kommunallagen (1991:900),
2. lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453).

Förslagen har inför Lagrådet föredragits av kammarrättsassessorn Göran Wickström.

Lagrådet lämnar förslagen utan erinran.

Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 16 mars 2006

Närvarande: statsminister Persson, ordförande och statsråden Freivalds, Sahlin, Pagrotsky, Messing, Y. Johansson, Bodström, Sommestad, Karlsson, Nykvist, Andnor, Nuder, M. Johansson, Hallengren, Björklund, Holmberg, Jämtin, Österberg, Orback, Baylan

Föredragande: Statsrådet Y. Johansson

---

Regeringen beslutar proposition 2005/06:115 Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre